

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

RECOURS À L'APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL
DANS LA TRANSFORMATION DE LA PRATIQUE
MÉDICALE DE SIX PROFESSIONNELS DANS LE
CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DU VIH-SIDA

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN ÉDUCATION

PAR
CARL G.A. JACOB

Janvier 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Service des bibliothèques

AVERTISSEMENT

La diffusion de cette thèse se fera dans le respect des droits d'auteur. Son auteur a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 –Rév.01-2006).

Cette autorisation stipule que « conformément à l'article 11 du Règlement no. 8 des études de cycles supérieurs, Carl Jacob concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, Carl Jacob autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de Carl Jacob à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, Carl Jacob conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire. »

DÉDICACE

Je dédie cette thèse à mon père, Paul Jacob, dont les encouragements n'ont jamais manqué, depuis le début du long parcours doctoral jusqu'à son décès le matin du 27 avril 2010. Il désirait tant fêter l'aboutissement de ce long parcours avec moi.

Je dédie également cette thèse à mon partenaire, Christopher Clarke, dont les encouragements n'ont jamais manqué, depuis le troisième recommencement du long parcours doctoral jusqu'à son décès, le matin du 4 janvier 2011. Il désirait tant partager l'aboutissement de ce long parcours avec moi.

Sans votre précieux soutien et vos nombreux sacrifices, Dad et Chris, la réalisation de cette thèse n'aurait jamais été possible.

Un gros MERCI pour tout.

Carl Jacob

CITATIONS IMPORTANTES

« Patients you learn from – and never forget. »

Anne L. Finger (1999, p. 123)

« They [Doctors] were stimulated by and learned from patients. Patients served as stimuli for learning and sources of learning. »

Sargeant, Mann, Sinclair, Ferrier, Muirhead, van der Vleuten et Metsemakers (2006, p. 657)

« Doctor, professor, sage, we are supposed to learn and to teach. We doctors are the wise girls - and guys. In reality, of course, we learn from our patients as much as we teach. »

Goldenberg (2010, p. 1)

REMERCIEMENTS

Alors que je pense aux nombreuses années pendant lesquelles j'ai oscillé entre l'abandon et les reprises infructueuses de ce projet de doctorat, je tiens à remercier celles et ceux qui ont fait un bout de chemin avec moi, puis qui ont su passer le flambeau à d'autres qui, à leur tour, ont su m'apporter l'énergie et la force afin de continuer dans la même foulée, lorsque cela s'avérait approprié, ou dans une foulée différente, lorsque cela s'avérait nécessaire.

Parmi eux, je tiens à remercier le professeur Gilles Pronovost, qui a été le premier à croire en mes capacités à poursuivre des études doctorales et qui a alimenté maintes discussions sur les thématiques de la recherche dans le domaine communautaire. Je tiens également à remercier le professeur Jean-Marie Bouchard, qui a su me transmettre sa passion pour les thématiques reliées au partenariat dans le domaine de la santé et qui a, par le fait même, initié la première modulation de mon projet de thèse. Je tiens aussi à remercier la professeure Louise Gaudreault, qui a perçu l'intérêt d'une thèse interdisciplinaire en éducation et en sexologie portant sur la thématique du VIH-sida.

J'aimerais tout particulièrement remercier la professeure et co-directrice Joanne Otis, qui a si généreusement accepté de reprendre le flambeau à un moment où la flamme était presque éteinte et d'y avoir redonné vie. Sa sensibilité envers autrui, son énorme investissement envers le projet, sa grande connaissance de la communauté gaie et de ses diverses problématiques, ainsi que sa passion pour la recherche dans le domaine des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) en ont fait une partenaire de recherche énergisante. Le professeur et directeur Paul Bélanger, qui a immédiatement été enthousiasmé par la thématique abordée. Sa sensibilité envers les autres chercheurs, sa grande connaissance du domaine de l'éducation et de la

médecine et sa passion pour les apprentissages expérientiels chez les professionnels de la santé en ont fait un partenaire de recherche stimulant. L'aboutissement de ce projet de thèse est certainement le fruit de l'accompagnement de ces deux remarquables individus pendant les cinq dernières années.

Sans savoir s'ils doivent être remerciés en premier, à un autre endroit ou tout au long de cette section, je tiens à remercier les professionnels-médecins et les sujets-patients qui ont si généreusement accepté de jouer le jeu et de livrer leurs expériences dont les émotions sont toujours palpables. En espérant que leurs expériences, actions et commentaires puissent faire tomber certains tabous et faire avancer les sciences de l'éducation et de la sexologie ainsi que la formation initiale et continue des professionnels de la santé œuvrant auprès des sujets-patients gais ayant contracté le VIH. Un gros merci pour votre courage et votre implication politique, sociale et médicale même lorsque l'adversité de la pandémie était au-delà de ce que vous auriez pu imaginer, et pour votre détermination à faire tomber les préjugés et les stéréotypes envers les sujets-patients gais ayant contracté le VIH.

Je tiens à remercier mon frère et ma belle-famille qui ont su apporter leurs encouragements et leur aide inconditionnelle tout au long de mes nombreuses années d'étude. Sans ces encouragements et cette aide, un tel projet n'aurait pas été possible. Je tiens également à remercier les autres gens qui, dans l'ombre, ont su me faire croire que ce projet était possible, soit : Angela, Fatima, Françoise, Jeanne, Johanne, Manon, Paule, Sylvie, Sue, Charles, François, Fred, Guy, d'ex-partenaires de vie et mes collègues doctorants.

Finalement, j'aimerais remercier tout particulièrement Jean Laurence Roy, qui a su me diriger vers la personne (la professeure Joanne Otis) qui ultimement me

permettrait de terminer mon projet de doctorat. Ce fût une recommandation fructueuse et grandement appréciée.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	xii
LISTE DES TABLEAUX	xiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xiv
RÉSUMÉ	xv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	5
1.1 – Contexte général : facteurs contribuant à la transformation de la pratique médicale.....	5
1.1.1 – Transformation de la relation thérapeutique (« autonomisation des sujets, rôle des mouvements sociaux »)	9
1.2 – Objet de recherche et objectifs de l'étude	17
1.3 – Pertinence de l'étude pour les sciences de l'éducation.....	18
CHAPITRE II	
CADRES THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	21
2.1 – Théories de l'apprentissage	22
2.1.1 – Courant behavioriste.....	22
2.1.2 – Courant cognitiviste	23
2.1.3 – Courant constructiviste.....	23
2.1.4 – Courant socioconstructiviste	24
2.1.5 – Orientations théoriques privilégiées	25
2.2 – Notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes.....	28
2.2.1 – Dewey.....	28
2.2.2 – Lindeman.....	30
2.2.3 – Knowles.....	30
2.2.4 – Rogers.....	31
2.2.5 – Kolb.....	31
2.2.6 – Coleman.....	33

2.2.7 – Schön	34
2.2.8 – Mezirow.....	35
2.3 – De l'apprentissage expérientiel au processus d'apprentissage expérientiel	36
2.4 – Recension des études empiriques et des récits autobiographiques.....	38
2.4.1 – Études empiriques	39
2.4.2 – Récits autobiographiques	53
2.5 – Définition des autres concepts.....	60
2.5.1 – Formation initiale et formation continue	60
2.5.2 – Ressources mobilisées et mobilisables.....	64
2.5.3 – Empowerment et Self-Empowerment	67
2.5.4 – VIH et sida.....	70
2.5.5 – Chronicité de l'infection au VIH.....	71
2.5.6 – Modèle traditionnel de recherche et de développement des médicaments ou des traitements	77
 CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE	81
3.1 – Choix méthodologiques.....	82
3.1.1 – Choix de l'approche, approche qualitative aux visées interprétatives ..	82
3.1.2 – Choix de la méthodologie, l'étude de cas.....	84
3.1.3 – Choix de la méthodologie de l'étude de cas (socio-interprétative)	85
3.1.4 – Choix de la méthodologie (l'étude de quelques cas).....	86
3.2 – Méthodologie (envisagée)	87
3.3 – Méthodologie (réalisée).....	91
3.3.1 – Choix du cas	91
3.3.2 – Définitions (le cas et le territoire du cas)	91
3.3.3 – Choix (le nombre de cas).....	96
3.3.4 – Choix (la période couverte par l'étude).....	98
3.4 – Choix (les outils de collecte de données)	98
3.4.1 – Questionnaire (la fiche signalétique).....	100
3.4.2 – Entretien (les stratégies et le mode)	100
3.5 – Stratégies de recrutement (les professionnels et les sujets).....	105
3.5.1 – Recrutement (l'approche probabiliste ou intentionnelle).....	106
3.5.2 – Recrutement (le choix du moment)	107
3.5.3 – Recrutement (le choix du lieu)	107

3.5.4 – Recrutement (les stratégies proprement dites)	108
3.6 – Collecte de données (le déroulement)	109
3.6.1 – Déroulement (des entretiens personne à personne)	109
3.6.2 – Collecte de données (quatre vagues successives et cumulatives)	112
3.7 – Stratégies de production, de traitement et d'analyse des données.....	128
3.7.1 – Stratégie (la production des données)	128
3.7.2 – Stratégies (le traitement et l'analyse des données).....	129
3.7.3 – Stratégie (l'analyse préliminaire des données qualitatives)	130
3.7.4 – Stratégie (l'analyse en profondeur des données qualitatives)	131
3.7.5 – Stratégie (la rétroaction finale des professionnels de l'étude)	132
3.8 – Considérations de l'étude de cas (la déontologie et l'éthique).....	133
3.9 – Limites de cette étude (comment en minimiser l'impact sur les résultats)	134
3.10 – Avantages de l'étude (contextualisée et adaptée au contexte)	136
3.11 – Qualité de l'étude de cas (crédibilité et transférabilité).....	137
3.11.1 – Validité interne (la crédibilité)	137
3.11.2 – Validité externe (la transférabilité).....	139
3.12 – Fiabilité de l'étude de cas (les moyens pour l'atteindre).....	141
3.13 – Confirmation de l'étude de cas (la documentation des activités réalisées) ...	141

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES.....	143
4.1 – Examen des rapports et des schèmes de référence (les transformations, la consolidation et les apprentissages expérientiels)	148
4.1.1 – Transformation des identités personnelle et professionnelle	148
4.1.2 – Transformations du rapport thérapeutique professionnel-sujets	164
4.1.3 – Transformation du rapport professionnels-réseaux.....	172
4.2 – Processus et stratégies d'apprentissage expérientiel	178
4.2.1 – Processus d'apprentissage expérientiel	178
4.2.2 – Ressources cognitives et autres mobilisées et mobilisables.....	184
4.3 – Cinq moteurs contribuant à des transformations et des apprentissages	193
4.3.1 – Intensité du contexte émotionnel.....	194
4.3.2 – Multiplication des découvertes scientifico-médicales et l'évolution des cas de VIH et de sida.....	198
4.3.3 – Incertitudes scientifico-médicales et professionnelles liées au VIH-sida.....	204

4.3.4 – Rapport à la sexualité et à l’homosexualité qu’entretenaient les professionnels	205
4.3.5 – Accroissement de l’autonomie des sujets grâce aux mouvements sociaux contre le VIH	206
4.4 – Passage de la formation médicale continue au développement professionnel continu	208
CHAPITRE V – DISCUSSION	210
5.1 – Réponses aux trois questions de recherche	211
5.1.1 – Apprentissages expérientiels	211
5.1.2 – Processus d’apprentissage expérientiel en plusieurs étapes	228
5.1.3 – Conditions menant à la réalisation des apprentissages expérientiels ..	249
5.1.4 – Transformation du modèle traditionnel de formation professionnelle continue.....	253
CONCLUSION	258
APPENDICE A – TABLE DE SPÉCIFICATIONS DES ITEMS.....	270
APPENDICE B – OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	273
APPENDICE C – CHOIX DES PARTICIPANTS À L’ÉTUDE	305
APPENDICE D – DÉFINITION DES TROIS CAS DE L’ÉTUDE ENVISAGÉE.....	306
APPENDICE E – LES PRINCIPES DE DENVER.....	307
APPENDICE F – PRÉSENTATION DES SUJETS PATIENTS DE L’ÉTUDE....	309
APPENDICE G – SERMENT D’HIPPOCRATE.....	310
RÉFÉRENCES	312

LISTE DES FIGURES

2.1 – Dewey’s Model of Experiential Learning (Kolb, 1984, p. 23)	29
2.2 – Dimensions structurelles de l’apprentissage expérientiel (Kolb, 1984, p. 42)	32
2.3 – Formations initiale et continue des professionnels.....	61
2.4 – Processus traditionnel de développement des médicaments et des traitements.....	79
3.1 – Définition des six cas de l’étude.....	97
3.2 – Identification des quatre vagues de la collecte de données	113
4.1 – Moteurs des transformations suite à la pandémie.....	194

LISTE DES TABLEAUX

2.1 – Étapes de l'apprentissage expérientiel selon différents auteurs	38
2.2 – Comparison of Informal Learning from Experience in Non-routine Situations	40
2.3 – Four-Stage Theory of Physician's Self-Directed Learning Episodes, by Problem Type	42
2.4 – Attributes of Each Stage in a Learning Episode.....	44
2.5 – Catégories de ressources mobilisées selon Barrette (2008)	66
2.6 – Regroupement des sources et des ressources mobilisées et mobilisables	66
3.1 – Présentation des professionnels participant à l'étude.....	109
3.2 – Identification de la première vague de la collecte de données (trois sujets et un professionnel).....	114
3.3 – Identification de la deuxième vague de la collecte de données (trois sujets et leur professionnel).....	119
3.4 – Identification de la troisième vague de la collecte de données (trois professionnels).....	123
3.5 – Identification de la quatrième vague de la collecte de données (un professionnel).....	127
4.1 – Trois phases de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida	144
4.2 – Découvertes médicales/nouveaux médicaments et traitements et données épidémiologiques du VIH-sida au Canada (de 1979 à 2009)	200
5.1 – Vision intégrée des processus d'apprentissage expérientiel des professionnels de l'étude.....	229
5.2 – Une infection qui met la vie d'un sujet en danger : les étapes du processus d'apprentissage d'un médecin confronté à un patient mourant	245
5.3 – Trois phases de la trajectoire de la pandémie	255

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (syndrome d'immunodéficience acquise)
CME	<i>Continuing Medical Education</i> (formation médicale continue)
CPD	<i>Continuing Professional Development</i> (développement professionnel continu)
DPC	Développement professionnel continu
DPT	Direction des produits thérapeutiques
FMC	Formation médicale continue
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i> (thérapie antirétrovirale hautement active)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (virus d'immunodéficience humaine)
IND	Identification numérique de drogue
PWA	<i>Persons With AIDS</i> (personnes avec le sida)
PLWA	<i>Persons Living With AIDS</i> (personnes vivant avec le sida)
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ

La pandémie qu'a provoquée le VIH a connu des moments forts ayant affecté les médecins gais (professionnels) et leurs patients gais ayant contracté le VIH (sujets). Ces moments forts ont déclenché chez ces professionnels la réalisation d'importants apprentissages et transformations.

En s'appuyant sur le cadre théorique de l'apprentissage expérientiel, cette étude vise à identifier ces apprentissages et la transformation chez six professionnels lors de moments forts grâce à leurs sujets, à identifier les processus par lesquels ils ont été amenés à les réaliser, et à découvrir les moteurs qui les ont amenés à les réaliser.

Une approche qualitative aux visées interprétatives a été adoptée afin de circonscrire, du point de vue de six professionnels, leurs apprentissages expérientiels et la transformation de certains de leurs rapports et de certains de leurs schèmes de références. La méthodologie de l'étude de cas a été privilégiée afin de parvenir à identifier le « quoi », le « comment » et le « pourquoi » (Merriam, 1988) de leurs apprentissages expérientiels, de la transformation de certains de leurs rapports et de certains de leurs schèmes de références. L'entretien semi-dirigé a permis de les faire parler de leurs apprentissages et transformations selon des moments forts de leur pratique.

Les résultats suggèrent que les professionnels de l'étude ont eu recours à des apprentissages surtout informels, par ex. : ils ont appris un nouveau rapport à la maladie elle-même et à composer avec le secteur communautaire. Toutefois, ils ont également eu recours à des apprentissages plus structurés, par ex. : ils ont appris lors de réunions ou rencontres avec les autres professionnels de la clinique afin de discuter de certains dossiers, mais toujours en dehors de la formation médicale continue institutionnalisée. Les apprentissages informels et structurés leur ont permis d'acquérir de nouveaux savoirs et de nouvelles façons de se voir, et de voir et de pratiquer la médecine. Ces apprentissages les ont conduits à transformer, développer et consolider leurs identités personnelle et professionnelle, à revoir les rapports avec leurs sujets et à repenser leurs rapports avec les divers réseaux professionnels et paraprofessionnels et avec ceux de la société civile organisée, sans oublier l'émergence d'éléments de modes alternatifs de développement professionnel continu. Bien que chaque professionnel n'ait pu être suivi afin d'observer son processus d'apprentissage et de transformation, les résultats de l'étude soutiennent les processus consignés dans la littérature théorique, empirique et autobiographique, bien qu'il s'agisse, dans notre étude, d'abord de parcours plus complexes, sporadiques et plus longs, et puis de recours complémentaires à des sources structurées d'apprentissage sélectionnées en conséquence. De plus, les résultats

suggèrent que les professionnels de l'étude ont beaucoup appris informellement à travers l'expérience réfléchie de leurs rapports avec des sujets actifs et informés. De plus, ces professionnels ont mentionné que c'était l'accumulation de ces années et des dissonances cognitives créées par la pandémie qui les avait amenés à transformer leur façon de se voir, de voir et de pratiquer la médecine. Dans ce contexte de pandémie, les moteurs, facteurs ou conditions des apprentissages et des transformations observées ont été nombreux. Il a été possible de noter: l'intensité émotionnelle ressentie par les professionnels, la multiplication des découvertes scientifico-médicales, la réalisation que les cas de VIH et de sida ne cessaient d'évoluer, les incertitudes scientifico-médicales et professionnelles, la place grandissante de la sexualité et de l'homosexualité à l'intérieur de la conversation professionnel-sujets ainsi que l'accroissement de l'autonomisation des sujets.

Cette étude a contribué à la fois aux domaines de l'éducation, de la sexologie et de la médecine. D'abord, cette étude a fait avancer l'état des connaissances en ce qui concerne l'impact de la prise en charge des sujets, de leurs traitements sur la relation thérapeutique professionnel-sujets. Elle permet aux professionnels d'accepter davantage la valeur du sujet informateur et formateur, et des apprentissages expérientiels réalisés grâce à eux, dans la transformation de leur pratique. De plus, elle a apporté un bagage important de faits et de connaissances pouvant être intégrés à la formation initiale et ultérieure informelle des professionnels.

Du point de vue de la théorie, cette étude permettra de constater dans quelle mesure les approches proposées sont utiles pour comprendre la transformation des savoirs vue sous l'angle professionnel-sujets et d'apporter un regard critique et constructif sur les concepts théoriques relatifs aux processus d'apprentissage expérientiel. Mais plus encore, l'apport de cette étude est intéressant pour ce qui est de l'approche constructiviste tout en tenant compte du savoir constitué et institutionnalisé, et donc de l'approche cognitive. Finalement, la question est posée sur les limites du constructiviste de pouvoir étudier et rendre compte d'un processus socioconstructiviste puisqu'il y a un élément social rattaché aux apprentissages réalisés par les professionnels de cette étude ainsi qu'aux processus d'apprentissage expérientiel par lesquels ils ont été amenés à effectuer de tels apprentissages. Ils ont été réalisés via les sujets informateurs et formateurs ainsi que les réseaux que les professionnels ont su développer, enrichir et maintenir.

Cette étude a également généré de nombreuses hypothèses qui ouvrent d'autres avenues de recherche. De même, les limites de la recherche ont été identifiées et la façon de les aborder a été discutée.

MOTS-CLÉS : VIH/sida, éducation, médecine, homosexualité, apprentissage expérientiel, étude de cas.

INTRODUCTION

Les professionnels qui pratiquent la médecine se forment tout au long de leur parcours professionnel. Au début, ils reçoivent une formation initiale à travers des apprentissages formels puis, tout au long de leur vie active sur le marché du travail, ils participent à des formations continues à travers des apprentissages structurés (formels ou non formels) et informels, incluant les apprentissages expérientiels.

Doctors begin developing the skills and knowledge they need in medical school and continue developing them through residency and into practice (Slotnick, 2001, p. 1013).

Il semble que bon nombre de ces derniers apprentissages réalisés par les professionnels se produisent lors de leurs entretiens thérapeutiques avec leurs sujets (Vaughn, 2005 ; Scannell, 1999). Or, la teneur de ces apprentissages est probablement liée au type de rapport ou relation dans lequel les professionnels et leurs sujets s'engagent, et dans lequel le rôle des professionnels et des sujets varie. Comme le mentionne Meirieu (1987),

le type de relation qui s'instaure entre l'apprenant et le maître est considéré comme étant un facteur central intervenant dans la dynamique d'apprentissage. [...] une relation maître-élève imprégnée de respect mutuel, de connivence intellectuelle, affective et sociale ainsi que la préoccupation pour la croissance personnelle de l'être est susceptible de favoriser l'entreprise d'une démarche harmonieuse d'apprentissage (p. 102-103).

Cette étude cherche donc à savoir si et comment les professionnels de cette étude, dans un contexte relié à une pandémie de l'envergure de celle du VIH-sida, ont transformé, entre autres choses, leurs identités personnelle et professionnelle. Quels apprentissages les professionnels ont-ils réalisés dans leur rapport à leurs sujets, ces apprentissages pouvant précisément les conduire à revoir non seulement leurs savoirs et pratiques, mais aussi certains de leurs rapports et certains de leurs schèmes de

référence ? Comment ces apprentissages ont-ils été réalisés et quels moteurs, facteurs ou conditions les ont-ils favorisés ?

Le contexte retenu, soit celui de professionnels pratiquant au moment de l'éclosion de la pandémie du VIH-sida, vers 1981, jusqu'à la chronicisation de cette infection-maladie, vers 1998, est tout à fait unique et heuristique pour étudier cette réalité éducative difficilement décelable que sont les apprentissages expérientiels. Lors de la mise en place de cette étude, il aura d'ailleurs fallu prendre en compte les émotions toujours palpables tant chez les sujets que chez les professionnels aux prises avec cette pandémie.

Le premier chapitre aborde la problématique ainsi que la pertinence de l'étude pour les sciences de l'éducation en mentionnant qu'elle entend contribuer à une meilleure compréhension du développement professionnel continu (DPC) non seulement en médecine, mais aussi dans les autres professions, ainsi que d'étudier, dans ce contexte particulier, l'apport des apprentissages expérientiels. À cette fin, cette étude prend en compte l'avancement de l'état des connaissances portant sur la prise en charge des sujets, les traitements à prescrire et les soins à donner dans le contexte particulier de la pandémie. Elle étudie la transformation des rapports professionnel-sujets, une transformation apte à produire des apprentissages substantiels ou de second niveau (transformation des rapports et des schèmes de référence) (Mezirow, 1991, 1997). L'étude tentera donc d'explorer le rôle que jouent des sujets de plus en plus actifs et informés dans la formation informelle continue des différentes professions, et de ce fait, l'étude questionnera les modèles traditionnels de détention presque exclusive du savoir par les professionnels en ce domaine.

À l'intérieur du second chapitre, afin de répondre à nos trois questions de recherche, les cadres théorique et conceptuel qui sous-tendent cette étude sont successivement

abordés. Il est essentiel de mentionner que cette étude se situe dans le courant socioconstructiviste. D'abord, afin d'identifier les apprentissages expérientiels réalisés par les professionnels de cette étude, les théories d'apprentissage expérientiel chez les adultes sont présentées. Puis, afin d'identifier, décrire et analyser les processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes, plusieurs modèles d'apprentissage expérientiel, selon les auteurs qui ont marqué ce domaine, sont successivement et cumulativement présentés, selon les ajouts qu'ils apportent, afin de mieux définir et cerner le concept. Enfin, une recension des écrits scientifiques, empiriques et autobiographiques de professionnels du domaine de la médecine est effectuée afin d'aider à l'identification des apprentissages et des processus d'apprentissage expérientiels chez les adultes. Les concepts utilisés dans cette étude sont par la suite décrits, par exemple les concepts d'*apprentissage expérientiel*, de *développement professionnel continu*, de *rapport aux sujets*, de *formations initiale et continue*, ainsi que d'*empowerment* et de *self-empowerment* (l'autonomisation). Finalement, les trois questions de recherche de l'étude, ainsi enrichies, sont réitérées.

Dans le troisième chapitre, les choix méthodologiques sont abordés et justifiés. La planification opérationnelle de l'étude et sa réalisation sur le terrain sont par la suite détaillées. Le quatrième chapitre présente les données empiriques et leur analyse en trois temps, tout en tenant compte de l'objet de l'étude, des trois questions de recherche et des cadres théorique et conceptuel. Dans un premier temps, les apprentissages expérientiels réalisés par les professionnels sont abordés : les savoir-faire, savoir-vivre, savoir-vivre ensemble, savoir-feindre, savoir-gai, y compris la consolidation ou la transformation de leurs rapports ou de leurs schèmes de référence. Dans un deuxième temps, sont définis les processus par lesquels les professionnels, dans le cadre de leur pratique médicale auprès de sujets ayant contracté le VIH-sida, ont été amenés à acquérir ces nouveaux savoirs et en sont venus éventuellement à revoir certaines de leurs façons de se voir, et de voir et de

pratiquer la médecine. Dans un troisième temps, dans le contexte tout à fait particulier de cette pandémie, sont circonscrits les moteurs, les facteurs ou les conditions qui ont conduit les professionnels de cette étude à réaliser ces apprentissages expérientiels et possiblement à transformer certains de leurs rapports ou certains de leurs schèmes de référence.

À l'intérieur du cinquième chapitre, les résultats qui ont émergé des données sont mentionnés tout en répondant aux nombreuses questions qui ont été abordées tout au long des chapitres sur la problématique et les cadres théorique et conceptuel. Une interprétation quant aux premier, second et troisième objectifs est effectuée. Une discussion, portant sur le modèle de développement professionnel continu et la contribution de l'étude incluant ses avantages et ses limites, est engagée. De plus, la qualité de l'étude est mise en valeur via les questions de validités interne et externe, de fiabilité et de confirmation.

La conclusion présente d'abord un aperçu des cinq chapitres de l'étude. La contribution de l'étude est mentionnée ainsi que les façons qui ont été utilisées afin de prendre en considération les limites de l'étude. Puis, les questions que soulève cette première étude et qui suggèrent des pistes pour de futures recherches sont avancées. Enfin, les points forts de la thèse sont mis en évidence.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre a pour but d'exposer la problématique à la base de cette étude. Dans un premier temps, afin de bien saisir le contexte général de l'étude, certains facteurs contribuant à la transformation de la pratique médicale sont abordés.

Dans un deuxième temps, dans le contexte de la pandémie du VIH-sida (la pandémie), sont décrits les mouvements sociaux qui ont contribué de façon cumulative à la transformation de la pratique médicale et plus précisément, de la relation thérapeutique professionnel-sujets.

1.1 – Contexte général : facteurs contribuant à la transformation de la pratique médicale

Depuis quelques années, de nombreux facteurs ont contribué à la transformation de la pratique médicale et plus précisément, de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Ces facteurs influencent de façon majeure l'objet de cette étude, soit les apprentissages expérientiels et la transformation de certains des schèmes de référence réalisés par les professionnels et les processus d'apprentissage expérientiel par lesquels ces derniers ont été amenés à réaliser de tels apprentissages et de telles transformations dans le contexte de la pandémie du VIH-sida.

Le premier facteur de taille est l'émergence d'une nouvelle culture éthique élargissant le champ des compétences professionnelles exigées du professionnel médecin (Ahern, 1998). Cette culture modifie complètement le paradigme dans lequel la communauté des professionnels se situait. Elle est amenée à revoir l'ensemble de ses croyances, valeurs et idéologies partagées face à leurs droits. La

communauté des professionnels est passée d'un paradigme où elle détenait tout le savoir, à un paradigme où le savoir est partagé, où le professionnel médecin « compétent » sera « celui qui saura intégrer dans sa pratique, de façon dynamique, l'ensemble des normes régissant la relation avec le “sujet” patient » (*Ibid.*, p. 905), bref, de passer d'un paradigme d'enseignant à un paradigme d'apprenant (Jouquan et Bail, 2003).

Le second facteur important concerne l'ensemble des réseaux organisés avec lequel les professionnels n'ont traditionnellement pas d'interactions directes, mais dont les attentes et les expertises peuvent néanmoins les affecter. Les professionnels sont confrontés à des réseaux sociaux organisés de sujets (par ex. : l'Association du cancer, l'Association des maladies du cœur, l'Association des personnes souffrant du diabète, l'Association des personnes avec le sida et l'Association des personnes vivant avec le sida) qui ont comme mandat d'éduquer leurs membres et d'effectuer des revendications en leur nom. Bien que les professionnels n'aient pas toujours d'interactions directes avec ces réseaux, ce que ceux-ci véhiculent et effectuent, au nom de leurs membres, a néanmoins des effets profonds sur leur pratique et plus particulièrement sur la relation thérapeutique professionnel-sujets. Les sujets, membres de ces réseaux sociaux organisés sont non seulement plus éduqués, mais ils entrent en relation avec les professionnels, sachant qu'il y a une organisation politique qui les soutient dans leurs revendications et qu'ils possèdent un savoir éprouvé par un mouvement social qui a su l'articuler et le vulgariser.

Le troisième facteur de taille est l'émergence de conflits ou contradictions pouvant survenir entre les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires, les cliniques privées, les communautés de professionnels et les réseaux médicaux de formation et d'information, ces conflits portant sur les orientations aux valeurs et les modèles de soins du système de santé dans lesquels les

professionnels exercent leur profession. Cette situation peut rendre difficile la circulation de l'information sur des découvertes scientifiques entourant le traitement du VIH-sida. Il y a alors une incidence sur la médecine en général et les traitements pouvant aider à prolonger le bien-être des sujets ayant contracté le VIH et leur espérance de vie (Hervé, Knoppers, Molinari et Grimaud, 2007).

Un autre facteur concerne le fait que les professionnels travaillent à l'intérieur de plus en plus de systèmes médicaux différents (par ex. : le système hospitalier, le système des centres locaux de services communautaires, le système des cliniques privées, le système des communautés de professionnels et le système des réseaux médicaux de formation et d'information) durant l'exercice de leur profession. De plus, ils fréquentent de plus en plus de professionnels à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires puisque les sujets ne sont plus traités par un seul professionnel, mais par une multitude d'intervenants depuis l'utilisation de l'approche holistique dans le traitement des maladies. Les professionnels doivent bâtir un réseau (une communauté de professionnels) capable de les soutenir dans leurs décisions ou les alimenter dans leurs réflexions afin de pouvoir faire face à la montée d'expertises et de contre-expertises dans les réseaux sociaux organisés.

Le dernier facteur important concerne le temps. Les professionnels sont confrontés à un monde où la circulation de l'information concernant le VIH-sida circule à une vitesse telle, via les technologies de l'information (par ex. : les bulletins électroniques pour les questions médicales, les sujets médicaux sur disques compacts, la médecine pratiquée via le téléphone, la télévision, l'Internet et les téléphones intelligents) qu'ils doivent sans cesse revoir leur pratique de formation médicale continue ou de développement professionnel continu. C'est donc dire que l'influence de ces facteurs évolue différemment et à différents niveaux selon

l'avancement des technologies de l'information, la rapide circulation de l'information et l'avènement grandissant des sciences biomédicales.

Ce facteur a poussé les professionnels à revoir comment ils peuvent se « “maintenir à jour” et “intégrer” dans leur pratique la multitude de résultats de recherche potentiellement utiles » (Schön, 1987, p. 11), par le biais de la formation professionnelle continue (*Continuous Professional Education*) ou d'auto-apprentissage expérientiel. En effet, les apprentissages et les transformations créent chez les professionnels des conditions favorisant l'émergence de nouvelles façons de se voir, de voir leur profession ou de pratiquer la médecine puisque les rapports traditionnels entre eux et leurs sujets ou le public en général sont remis en question (Hutchins, 1968).

Il y a plus de trois décennies, le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) sont apparus et ont atteint le stade de la pandémie. Cette pandémie est « l'une des crises sociales et médicales des plus importantes des trois dernières décennies » (Brashers, Haas, Klinge et Neidig, 2000, p. 37), d'où l'intérêt d'étudier, dans ce contexte unique, les transformations et les processus d'apprentissage expérientiel de ces professionnels principalement dans le contexte de cette pandémie (*Ibid.*), en rapport avec leurs sujets.

Les professionnels qui ont participé à cette étude sont des médecins généralistes gais traitant le VIH chez des patients gais ayant contracté le VIH, les sujets. Bien que le professionnel soit également un sujet de l'étude, le terme *sujet*, dans le contexte de cette étude, sera employé uniquement pour faire référence aux patients gais ayant contracté le VIH. Le rôle et le défi du professionnel habileté à les soigner et si possible, à les guérir (*voir* section 2.5) est de traiter des sujets venus le consulter.

1.1.1 – Transformation de la relation thérapeutique (« autonomisation des sujets, rôle des mouvements sociaux »)

Les professionnels sont présentement confrontés à une transformation profonde de leurs relations avec leurs sujets et avec la société en général. Historiquement, la formation médicale initiale enseignait aux professionnels médecins les savoirs thérapeutiques afin de leur permettre de traiter et de combattre les maladies. Cette même formation perpétuait également des notions concernant les prérogatives professionnelles, soit le pouvoir de décider seuls des soins à prodiguer et des médicaments à prescrire à leurs sujets – le pouvoir hégémonique de la médecine. Ce type de rapport au savoir et au pouvoir est le fruit du pouvoir élevé que la société, en général, accorde aux professionnels (médecins ou autres), comme il est le fruit de la conviction des professionnels d'avoir raison grâce à leurs connaissances scientifiques. Il répond au sentiment des professionnels d'être responsables de leurs sujets (Mino, 2005).

Aujourd'hui, les professionnels peuvent de moins en moins décider seuls des traitements à prodiguer et à prescrire à leurs sujets. Ces derniers désirent prendre part au processus décisionnel lorsque leurs soins sont discutés (*Ibid.*). Pour les professionnels, l'autonomisation grandissante des sujets transforme la relation thérapeutique professionnel-sujets. Les professionnels ont le sentiment que leurs sujets mettent en doute leurs expertises, leurs connaissances, et par le fait même, leurs décisions (*Ibid.*).

Le changement majeur de la relation thérapeutique professionnel-sujets à l'intérieur de la pratique médicale n'est pas survenu du jour au lendemain. Au cours des années, grâce au travail de terrain de divers mouvements sociaux, comme le Mouvement de santé pour les femmes (*Our Bodies, Ourselves*), le Mouvement de libération des gais, l'Association médicale des personnes gaies et lesbiennes ainsi

que le Pouvoir politique gai et le Mouvement social des *Persons With AIDS* (PWA) ou *Persons Living With AIDS* (PLWA), la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets s'est progressivement effectuée, ayant entre autres comme conséquences, une plus grande autonomisation des sujets. Voici, en quelques lignes, de quelles façons ces mouvements y ont contribué.

1.1.1.1 – Mouvement de santé pour les femmes (*Our Bodies, Ourselves*)

En 1969, lorsque le mouvement de libération des femmes prenait de l'envergure et commençait à s'imposer aux États-Unis, des femmes se sont rencontrées lors d'un atelier sur « Les femmes et leur corps » à la Conférence sur la libération des femmes, tenue à Boston, aux États-Unis. C'est alors qu'elles ont réalisé que la plupart d'entre elles avaient ressenti de la frustration et de la colère envers le corps médical en général, et envers leurs professionnels traitants en particulier (souvent des médecins masculins). Elles mentionnaient que ces derniers étaient souvent condescendants et paternalistes. De plus, ils portaient souvent des jugements sur elles ou leurs maladies et possédaient peu d'information sur ce qu'elles éprouvaient. Elles ont alors commencé à se partager de l'information concernant leur corps, à se mobiliser et à publier *Our Bodies, Ourselves* (Norsigian, Diskin, Doress-Worters, Pincus, Sanford et Swenson, 1999). Ce fut le lancement du Mouvement de santé pour les femmes aux États-Unis et en Amérique du Nord. Grâce à son influence, ce Mouvement a amorcé une transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets et une plus grande autonomisation des sujets-femmes.

1.1.1.2 – Mouvement de libération des gais et lesbiennes

Simultanément aux acteurs du Mouvement de santé pour les femmes, le Mouvement de libération des gais et lesbiennes (le Mouvement) est né suite aux manifestations de Stonewall, à New York, en 1969. Lors de ces manifestations, des travestis ont

attaqué des policiers qui harcelaient de façon routinière un bar gai appelé le Stonewall Inn. Le Mouvement comptait dans ses rangs des femmes et des hommes furieux qui se battaient pour l'égalité, l'acceptation et la libération sexuelle des gais et lesbiennes, mais qui désiraient également diminuer l'ignorance et la peur de la population en général (Shilts, 1988, Smith, 2001). Le Mouvement se préoccupait des questions de discrimination basée sur l'orientation sexuelle tout en offrant des réseaux de soutien, du matériel éducatif, des orateurs, des traitements additionnels via des cliniques médicales et autres (Smith, 2001). Grâce à son influence, ce Mouvement avait réussi, via ses membres, à freiner des pratiques discriminatoires allant jusqu'aux meurtres politiques des leurs (par ex. : Harvey Milk).

1.1.1.3 – Association médicale des personnes gaies et lesbiennes

Toujours à la même époque, l'Association médicale des personnes gaies et lesbiennes (l'Association) était créée. Elle était mandatée pour servir de pont entre la recherche et les politiques tout en communiquant de façons crédible et vulgarisée les données scientifiques. De plus, elle était chargée de travailler à la promotion de changements systémiques au système de santé. Elle devait y parvenir en y intégrant des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles ou transgenres en effectuant la promotion d'une vision élargie de la santé de ces personnes, tout en dirigeant l'attention vers des problèmes de santé spécifiques à la communauté visée, le VIH-sida, mais également les problèmes de santé que cette communauté a en commun avec la population en général et qui sont exacerbés par la discrimination à leur égard. Finalement, elle a été mandatée pour utiliser la technologie pour livrer les connaissances et bâtir une armée de sujets capables de plaider leur cause (*Gay and Lesbian Medical Association*, 2006). Grâce à son influence étendue, cette Association a servi de catalyseur à la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets et du système de santé tout entier (*Ibid.*).

Au même moment, certains professionnels se demandaient déjà ce qui se produirait si une maladie venait à infecter un segment des membres de la communauté gaie puisque certains avaient un niveau très élevé d'activités sexuelles et souffraient déjà de nombreuses infections transmises sexuellement. Ces mêmes professionnels commençaient déjà à observer chez certains de leurs sujets des problèmes avec leur système immunitaire et l'inflammation de leurs ganglions, et à se demander si ce phénomène n'était pas dû à la surcharge du système immunitaire causée par une variété d'infections transmises sexuellement. Ce n'est que plus tard que toutes les implications d'une infection au VIH ont été progressivement révélées (Smith, 2001).

1.1.1.4 – Pouvoir politique gai

C'est le noyau du pouvoir politique gai des grands centres urbains qui a été le premier à décoder les effets funestes du VIH-sida. Il a également été le premier à se mobiliser pour effectuer des levées de fonds pour la recherche ou d'autres besoins pressants et à revendiquer des médicaments et des traitements médicaux ainsi que la fermeture des saunas et des maisons closes (*Ibid.*). Il a par le fait même affirmé son autonomie et fait valoir sa force politique et sociale. Cette affirmation a également eu des échos à l'intérieur de la relation thérapeutique professionnel-sujets.

1.1.1.5 – Mouvement des *Persons With AIDS* ou *Persons Living With AIDS*

En plus du Mouvement de santé pour les femmes, du Mouvement de libération des gais et lesbiennes, de l'Association médicale des personnes gaies et lesbiennes et du Pouvoir politique gai, le Mouvement des *Persons With AIDS* (PWA), qui est par la suite devenu le *Persons Living With AIDS* (PLWA) (le Mouvement), a également contribué à transformer la relation thérapeutique professionnel-sujets. Il est devenu l'un des mouvements pour les personnes vivant avec une maladie chronique ou mortelle des plus organisés et des plus actifs. Il se peut que ce phénomène ait été dû

à la grande demande d'information pratique et expérientielle (Brashers, Haas et Neidig, 1999) ou en raison du stigma associé au VIH ou au sida (Adelman et Frey, 1997; Smith 2001).

Selon Mangeot (2004), ce Mouvement est né de l'épidémie :

« une croissance exponentielle du nombre de séropositifs, de malades et de décès ; une absence presque totale de parole commune de séropositifs [...] ; une occultation des populations les plus touchées, du moins dans les discours publics ; et l'entrée en scène tardive d'un État dont les attermoissements incitent plus à la colère qu'à l'inquiétude devant la menace d'une reprise en main » (p. 9).

C'est contre et pour ces raisons que ce Mouvement s'est créé et s'est battu. Quelle que soit la raison, « c'est peut-être, sur le terrain médical – celui des traitements et de la recherche – [...] [qui] est allé le plus loin [...] » (Mangeot, 2004, p. 10). De plus, ce fut le premier groupe de sujets organisés à confronter l'autorité, mettre à l'épreuve les experts de différentes disciplines et s'engager dans la désobéissance civile (Brashers et Jackson, 1991 ; Fab et Sobnosky, 1993). Selon les Principes de Denver (voir appendice E), le Mouvement des PWA ou PLWA a œuvré à transformer la relation thérapeutique professionnel-sujets, à changer la façon dont les sujets participent à leurs soins de santé et à la façon de pratiquer des professionnels de la santé (*The Body*, 2001; Highleyman, 2004), d'où l'intérêt de cette étude. Il serait cependant injuste de n'attribuer cette transformation qu'aux militants de ce Mouvement étant donné que...

[...] [d'autres mouvements] ont contribué à part égale à ce travail de politisation de la science, qui inscrit sans doute, plus qu'aucun autre de ses aspects, l'ensemble du militantisme sida [...] (Mangeot, 2004, p. 11).

En effet, dans les grandes métropoles de l'Amérique du Nord, des groupes de soutien pour les PWA ou PLWA ont fait leur apparition. Ils ont été créés par et pour les sujets – patients gais ayant contracté le VIH, de même que pour leurs proches, leurs partenaires, leurs familles, et autres. Aujourd'hui, leur public s'est diversifié ou

encore leur spécificité a fait naître d'autres groupes selon différents critères. Par exemple, il existe des groupes de soutien selon : le niveau d'infection, la relation au sujet, les sujets qui avaient des problèmes de consommation, le sexe, le groupe ethnique, l'orientation sexuelle et finalement, les groupes de soutien pour ceux qui vivent avec le VIH et une autre maladie chronique (Smith, 2001). Ces groupes ont pour mandat d'aider les sujets et leurs proches à comprendre l'infection et la maladie et les conséquences émotionnelles, financières, physiques et sociales qu'elles entraînent. Ces groupes de soutien fournissent de l'éducation et de l'information concernant toutes les thématiques se rapportant au VIH-sida et plus précisément, de l'information concernant la transmission et le parcours du VIH. De plus, étant donné la spécificité de certains groupes de soutien, l'information véhiculée est plus ciblée (Smith, 2001).

Les sujets, de plus en plus actifs et organisés, s'étaient donc documentés et éduqués sur la question du VIH-sida et en avaient débattu dans leurs réseaux spécifiques, se plaçant ainsi souvent dans la position peu familière de devoir « enseigner » aux professionnels tout ce qui concernait les cellules-T et B, les macrophages et les traitements expérimentaux (Shilts, 1988). Ainsi, ils avaient acquis une certaine connaissance de ce qui pouvait ou ne pouvait pas être fait (Verghese, 1985), lesquelles connaissances venaient s'ajouter à leur expérience comme porteuses conscientes du VIH. Les professionnels ont été amenés par leurs sujets à comprendre que ces derniers étaient aussi porteurs de connaissances (Olivier, 1994), ce qui venait modifier la relation thérapeutique professionnel-sujets.

À cause de craintes présentes dans la société et chez les professionnels de la santé, les sujets, dont la majorité appartenait à la communauté gaie, étaient souvent traités dans un rapport de domination et de dépendance. Leurs perceptions, leurs analyses, leurs expériences tendaient à être niées et le corps médical prenait alors des décisions

sans interaction avec les premiers concernés. En réaction à cette situation, comme il a déjà été mentionné, un groupe émergent de personnes gaies atteintes du sida, les PWA, réunies au 2e Forum international sur le sida intitulé « Conférence nationale sur la santé des personnes lesbiennes et gaies », à Denver, au Colorado, en 1983, ont adopté ce qui est convenu d'appeler les Principes de Denver (*The Body*, 2001) (voir appendice E). Ce document faisait la promotion de la prise en charge par le sujet de sa santé, de ses soins et de ses traitements – le « *self-empowerment* », pierre angulaire du mouvement des PWA. Le préambule de la déclaration indique que : « Nous [sidéens] condamnons tous les essais à nous mettre l'étiquette de "victime" » [...]. Nous sommes seulement occasionnellement des "patients" [...]. Nous sommes des "personnes avec le sida" » (*Ibid.*, p. 1-2). Cette déclaration exhorte donc les sujets à s'organiser politiquement, à être impliqués à tous les niveaux de prise de décision concernant le sida, et à être inclus dans tous les forums sur le sida avec une crédibilité égale aux autres participants.

Certains professionnels ont signalé les effets bénéfiques sur leur pratique d'une relation thérapeutique où les sujets participaient à leurs soins de santé. Comme plusieurs autres professionnels, les Docteurs Vaughn (2005) et Scannell (1999) ont révélé que c'est grâce à leur interaction avec un sujet qu'ils sont devenus les professionnels qu'ils sont maintenant. Les sujets qui les ont consultés depuis ont pu bénéficier des apprentissages qu'ils ont effectués (*Ibid.*). Le Docteur McCoy (2005), pour sa part, a indiqué que les sujets ont aidé les professionnels à accroître leurs connaissances sur le VIH et le sida.

Les sujets actifs et organisés tendaient alors à choisir des professionnels qui étaient à la fine pointe des connaissances sur le VIH et le sida, mais qui, au-delà des connaissances, avaient la volonté d'apprendre, des professionnels qui mettaient l'effort et le temps pour se tenir au courant des derniers développements à propos des

médicaments et du traitement du VIH et des infections opportunistes qui y sont associées. Enfin, les sujets ont indiqué préférer les professionnels qui étaient empathiques et qui prenaient le temps d'échanger (*Ibid.*).

L'évolution de l'infection au VIH a « bien évidemment radicalement changé les perspectives du patient, elle a également redéfini la position du soignant » (Barthassat, Calmy, Amati, Vincent-Suter, Schwarz, Hirschel et Golay 2009, p. 2). Elle a donc bouleversé la pratique médicale et, par le fait même, les pratiques de développement professionnel continu chez les professionnels, créant un contexte favorable à l'émergence du mouvement d'« autonomisation » (Bouchard, Boudreault, Pelchat et Talbot, 1995) des sujets et au développement de pratiques d'éducation populaire autonome des mouvements sociaux gais contre le VIH.

Il s'est avéré intéressant de constater que la seule littérature présentement disponible, sur la transformation de la pratique des professionnels, leurs apprentissages et possiblement leurs apprentissages expérientiels grâce à leurs sujets dans le contexte de la pandémie du VIH-sida, est celle de récits autobiographiques de multiples sources, c'est-à-dire, provenant de professionnels de différentes orientations sexuelles et de diverses spécialités, de sujets issus de divers milieux, races et orientations sexuelles et de leur famille suite au décès de leurs enfant, père ou mari, ainsi que de journalistes. Aucune étude scientifique basée sur des théories constituées pouvant aider à comprendre ces apprentissages n'avait encore abordé cette thématique même si la pandémie sévit déjà depuis plus de 30 ans. De plus, il y avait peu de récits autobiographiques qui abordaient la thématique des apprentissages expérientiels de professionnels médecins gais grâce à leurs sujets gais ayant contracté le VIH même si la communauté gaie fut la première à ressentir les effets funestes de la pandémie du VIH-sida. *L'amour assassin*, écrit par le Docteur Clément Olivier, est certainement un récit autobiographique qui a permis à cette

recherche de trouver certaines assises, mais ce récit fut écrit en 1994. La pandémie du VIH-sida a beaucoup d'autres histoires à raconter depuis cette date, car elle n'a cessé de se transformer, allant de la pandémie à ladite chronicité.

1.2 – Objet de recherche et objectifs de l'étude

Devant les transformations de la pratique médicale des professionnels confrontés à la pandémie du VIH-sida, et compte tenu de plusieurs facteurs, il devenait donc impératif et légitime de tenter d'identifier les apprentissages expérientiels de ces derniers qui ont eu lieu tout au long de la pandémie du VIH-sida et de mieux comprendre comment et pourquoi ils ont été réalisés. Les facteurs soulignés sont le stress que cette pandémie a induit chez les professionnels, les mouvements sociaux organisés qu'elle a suscités, l'accroissement de l'autonomie des sujets qu'elle a provoqué, la remise en question des pratiques courantes de formation médicale (professionnelle) continue qu'elle a amenée, l'importance (dans ce contexte) des apprentissages expérientiels et transformatifs qu'elle a générés, ainsi que la rareté des travaux scientifiques sur la question des apprentissages expérientiels des professionnels qu'elle a mise à nu. Il est donc devenu légitime de concentrer cette étude sur les apprentissages expérientiels effectués par les professionnels.

Compte tenu de ce contexte, les trois objectifs de l'étude sont les suivants :

- (1) Identifier les apprentissages expérientiels et la transformation de certains des schèmes de référence des professionnels dans leur rapport à leurs sujets, transformations pouvant les conduire à se voir, et voir et pratiquer la médecine différemment.
- (2) Identifier, décrire et analyser les processus d'apprentissage expérientiel par lesquels des professionnels ont été amenés à effectuer de tels apprentissages,

ou la transformation de certains de leurs schèmes de référence. De façon plus spécifique, cette étude explore :

- (a) Sous quelles conditions ?
 - (b) Selon quelles stratégies ?
 - (c) Dans quels intérêts ?
 - (d) En fonction de quelles attitudes ?
 - (e) Selon quel type de processus : transformatif, progressif et cumulatif ?
- (3) Identifier, décrire et analyser les moteurs, facteurs ou conditions qui ont provoqué de tels apprentissages expérientiels ou de telles transformations, toujours dans le contexte de cette pandémie du VIH-sida.

Décrit ainsi, il semble clair que l'objet de l'étude n'est pas la relation thérapeutique professionnel-sujets, mais bien les apprentissages expérientiels réalisés par des professionnels ainsi que les processus par lesquels ces derniers ont été amenés à effectuer de tels apprentissages grâce à, entre autres choses, la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets.

1.3 – Pertinence de l'étude pour les sciences de l'éducation

Cette étude entend contribuer à une meilleure compréhension du développement professionnel continu non seulement en médecine, mais aussi dans les autres professions, en étudiant, dans un contexte particulier, l'apport des apprentissages expérientiels. À cette fin, cette étude, dans le contexte particulier du VIH-sida, examinera l'impact de la prise en charge des sujets sur la relation thérapeutique professionnel-sujets, conduisant ainsi à des apprentissages expérientiels substantiels. L'étude explorera donc le rôle de sujets de plus en plus actifs et informés dans la formation professionnelle continue et questionnera les modèles traditionnels

unidirectionnels de formation continue au sein des différents corps professionnels (par ex. : les médecins, les avocats et les ingénieurs).

Deuxièmement, il est à souhaiter que cette étude permette aux professionnels de tous les domaines, et plus particulièrement de la médecine, de prendre en compte l'importance de l'apprentissage expérientiel dans la transformation des pratiques professionnelles et des conditions qui la favorisent. Cette étude entend ainsi apporter un éclairage nouveau sur les rapports entre la formation initiale et la formation ultérieure continue des professionnels.

Troisièmement, le désir est que cette étude intéresse les responsables de la santé publique, médecins et cliniciens spécialisés dans le domaine du VIH dans la façon d'aborder les sujets ayant contracté une maladie transmise sexuellement ou par le sang, dont le VIH. Finalement, il est tout à fait ambitieux, mais souhaitable que cette recherche puisse intéresser les sujets, patients ou clients, qui se demandent si la transformation du rapport au savoir peut réellement avoir un impact sur la pratique professionnelle.

Du point de vue théorique, cette étude tentera de documenter dans quelle mesure les approches proposées sont utiles pour comprendre la transformation des savoirs vue sous l'angle professionnel-sujets, d'apporter un regard critique et constructif sur les concepts théoriques relatifs aux processus d'apprentissage expérientiel, et de proposer des pistes d'investigation pour de futures études.

Retour sur la problématique

Plusieurs facteurs semblent contribuer à la transformation de la pratique médicale, et plus précisément, de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Plusieurs mouvements sociaux y ont également contribué, à différents degrés et de différentes

façons. Toutefois, lors de la pandémie du VIH-sida, le Mouvement des *Persons With AIDS* (PWA), devenu par la suite *Persons Living With AIDS* (PLWA), a contribué, grâce à son pouvoir, à transformer radicalement la relation thérapeutique professionnel-sujets, c'est-à-dire, à changer la façon dont les sujets participent à leurs soins de santé et à la façon de se voir, et de voir et pratiquer des professionnels. Cette situation est porteuse d'apprentissages expérientiels, et même de transformations, chez les professionnels.

Devant les transformations de la pratique médicale des professionnels confrontés à la pandémie du VIH-sida et compte tenu des facteurs mentionnés auparavant, il devenait donc impératif et légitime de tenter d'identifier les apprentissages expérientiels et la transformation de certains de leurs schèmes de référence qui ont eu lieu tout au long de la pandémie du VIH-sida et de mieux comprendre comment et pourquoi ils ont été réalisés.

CHAPITRE II

CADRES THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Le second chapitre a pour objet d'exposer successivement les cadres théorique et conceptuel qui sous-tendent cette étude. Afin d'y parvenir, dans un premier temps, les courants béhavioriste, cognitiviste, constructiviste et socioconstructiviste seront abordés pour expliquer le choix théorique de départ de cette étude, soit le courant socioconstructiviste.

Dans un deuxième temps, l'évolution de la notion d'apprentissage expérientiel sera rappelée en utilisant plusieurs auteurs qui ont tenté de la préciser ainsi qu'un auteur qui a tenté d'en faire une synthèse (Balleux, 2000). Par la suite, le modèle d'apprentissage expérientiel de Dewey ainsi que les modèles d'apprentissage expérientiel chez les adultes de Kolb, Coleman, Schön et Mezirow seront revus afin de déterminer les concepts clés du processus d'apprentissage expérientiel à utiliser dans cette étude.

Dans un troisième temps, une recension des écrits empiriques et des récits autobiographiques de professionnels impliqués dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH sera présentée. Dans un quatrième temps, le cadre conceptuel exposera les concepts nécessaires à la compréhension de l'étude, soit : les formations initiale et continue, le modèle traditionnel de développement des médicaments ou des traitements, les ressources cognitives et les autres ressources mobilisées ou mobilisables, l'*empowerment* et le *self-empowerment* (l'autonomisation), la définition des termes *professionnel*, *sujet*, *VIH* et *sida*, ainsi que la chronicité de l'infection au VIH. Finalement, les questions de recherche de l'étude envisagée seront précisées.

2.1 – Théories de l'apprentissage

L'introduction au XX^e siècle de la méthode expérimentale allait bouleverser les conceptions de l'éducation et de l'apprentissage, et les rapports entre le savoir et la pratique, ce qui se manifestera dans quatre grands courants théoriques ou paradigmes (Jouquan et Bail, 2003, p. 164) de l'apprentissage : les courants behavioriste, cognitiviste, constructiviste et socioconstructiviste.

2.1.1 – Courant behavioriste

Le terme *behaviorisme* est apparu au début du XX^e siècle, introduit par le psychologue américain John B. Watson (Legendre, 2005).

Watson a grandement été influencé par les travaux du physiologue russe Ivan Pavlov sur le conditionnement des animaux. Il proposait de faire de la psychologie une discipline scientifique en préconisant le recours à des procédures expérimentales objectives en vue d'établir des résultats statistiquement exploitables (Kozanitis, 2005, p. 3).

Initialement axé sur l'association entre les sensations du conditionnement classique (Pavlov) et les connexions stimulus-réponse du conditionnement instrumental (Thorndike), l'apprentissage est défini par le behaviorisme radical comme une modification des comportements grâce au conditionnement opérant (Skinner) (Legendre, 2005, p. 165).

Toutefois, le behavioriste tend à considérer « l'esprit (*mind*) comme une boîte noire » (Good et Brophy, 1990). Selon Legendre (2005), ce courant exclut toute référence aux processus mentaux et dénie leur accès par l'introspection pour n'admettre « que les comportements observables », mesurables et conditionnés, selon des principes scientifiques stricts, par des stimulations également observables (p. 165). Aussi, parce que l'apprentissage expérientiel impliquant précisément un retour réflexif du sujet sur son action est au cœur de cette étude, ce courant ne peut être retenu comme cadre de référence, bien qu'il souligne, comme pour cette thèse, l'importance du contexte ou de l'environnement dans lequel travaillent les professionnels.

2.1.2 – Courant cognitiviste

Le courant cognitiviste renoue avec la philosophie qui replace au centre de l'apprentissage l'idée de catégories de l'esprit capable d'organiser et de synthétiser les savoirs.

Le courant cognitiviste...

[...] se prolonge dans deux versions de la psychologie cognitive. La première emprunte beaucoup à la relation des opérations qui se déroulent dans un ordinateur et assimile l'esprit humain à un système de **traitement de l'information**. La deuxième est fondée sur l'importance de l'appropriation graduelle et effective de **stratégies mentales** (stratégies cognitives et métacognitives) jugées nécessaires à une démarche structurée d'apprentissage. Ces deux versions du cognitivisme ont vu le jour en s'opposant aux idées reçues des behavioristes (Kozanitis, 2005, p. 8).

La théorie cognitive comporte toutefois deux limites importantes pour cerner notre objet d'étude, soit la prise en compte limitée (sauf chez Bandura [1977, 1986] avec la *Social Learning Theory* et la *Social Foundations of Thoughts and Action: A Social-Cognitive Theory*) du contexte d'action où opère le sujet apprenant et le peu de place fait à la dimension émotionnelle non seulement en rapport à la motivation du sujet, mais aussi à sa capacité de questionner les idées reçues. Ce courant ne sera retenu comme cadre de référence dans cette thèse que dans la mesure où il permet de prendre en compte l'encodage des savoirs médicaux institutionnalisés et de mieux saisir les dissonances cognitives entre les savoirs et l'expérience.

2.1.3 – Courant constructiviste

Pour les constructivistes, l'apprentissage est...

un processus actif ; il est essentiellement l'établissement de liens entre de nouvelles données et des connaissances antérieures ; [...] ; il exige l'organisation constante de connaissances ; il concerne autant les stratégies cognitives et métacognitives que les connaissances théoriques (Ouellet, 1997, p. 4-5).

Dans une telle perspective, apprendre, c'est construire des connaissances. Dans la perspective du constructivisme piagétien, l'apprentissage s'inscrit au cœur d'une recherche constante d'un équilibre dynamique entre le sujet et son milieu.

Le sujet en interaction avec son environnement mobilise des structures de connaissances stockées en mémoire. [...] Par cette activité cognitive, le sujet cherche en quelque sorte à « adapter » son environnement à ses propres structures. [...] soit que l'information assimilée vienne contredire la structure d'accueil, [...] cette perturbation peut alors conduire à [...] la transformation de cette structure de son état initial vers un état nouveau, lui permettant de rendre compte de l'information nouvelle (Bourgeois et Nizet, 1997, p. 62-63).

Les constructivistes postulent que...

[...] chaque apprenant construit la réalité, ou du moins l'interprète, en se basant sur sa perception d'expériences passées. [...] Ainsi, la construction des connaissances est un processus dynamique, où l'apprenant se sert de ses connaissances antérieures comme échafaudage sur lequel pourront prendre assises de nouvelles connaissances et se développeront de nouvelles relations du monde (schémas mentaux). De plus, compte tenu des nouvelles expériences et du contact avec l'environnement, la structure de ces schémas mentaux se complexifie et se trouve en constante modification (Kozanitis, 2005, p. 5-6).

En distance avec le constructivisme radical, certains théoriciens...

[...] affirment que les images mentales produites individuellement en situation d'apprentissage ne sont pas entièrement uniques. En effet, étant donné que nous partageons un langage et que nous structurons notre pensée principalement par le langage et par d'autres symboles communs, plusieurs s'entendent pour dire que les connaissances sont socialement construites. On peut également considérer que les connaissances sont construites socialement par le fait que les idées et les informations publiquement accessibles ont préalablement fait l'objet d'un débat entre les individus (Kozanitis, 2005, p. 7).

2.1.4 – Courant socioconstructiviste

Élaboré par Piaget, en 1923, le courant socioconstructiviste souscrit aux postulats du constructivisme, tout en y ajoutant une dimension, celle des interactions sociales. Les principaux défenseurs de ce courant sont « [...] B. Barnes, D. Bloor, H. Collin, J. Henry, B. Latour, Pinch, Schaffer, S. Shapon et S. Woolgar [...] » (Legendre, 2005, p. 1245).

La théorie du socioconstructivisme, développée par Lev Vygotski (1933), met l'accent sur la dimension relationnelle de l'apprentissage. La construction des connaissances s'effectue dans le contact avec les autres afin de construire ses connaissances. De plus...

Les informations sont en lien avec le milieu social, le contexte culturel et proviennent à la fois de ce que l'on pense et de ce que les autres apportent comme interactions. [...] Le socioconstructivisme a introduit le paramètre déterminant de la médiation de l'autre [...] (Kozanitis, 2005, p. 11-12).

Ainsi, Doise, Mugny et Perret-Clermont (*In* Joshua et Dupin, 1993) affirment qu'une opposition entre deux apprenants, lors de situations d'interaction sociale, permet d'engendrer un conflit sociocognitif dont la résolution permettra de générer un progrès cognitif.

Ce dernier aspect fournit des outils analytiques percutants pour comprendre les conflits sociocognitifs engendrés dans ces rapports inattendus et imprévus de professionnels avec leurs sujets ayant contracté une infection et développé des maladies inconnues et de surcroît, en recherche active d'informations parallèles pouvant causer de multiples conflits sociocognitifs.

2.1.5 – Orientations théoriques privilégiées

Que retenir, en somme, des courants behavioriste, cognitiviste, constructiviste et socioconstructiviste pour saisir l'expérience d'apprentissage tout à fait particulière de ces professionnels opérant dans le contexte de la pandémie ? À la lumière des informations présentées concernant les quatre courants théoriques, il est possible de déterminer les orientations théoriques qui seront privilégiées pour traiter l'objet de recherche à l'étude.

Pour les fins de cette étude, apprendre, c'est d'abord un processus dynamique de construction des connaissances et des savoir-faire où l'apprenant se sert de ses connaissances antérieures et expériences passées ou présentes comme échafaudage sur lequel pourront prendre assise de nouvelles connaissances et expertises et se développer de nouvelles représentations du monde. Ainsi, chaque apprenant construit la réalité, ou du moins l'interprète, en se basant sur sa perception d'expériences passées. Il apparaît important de saisir toute expérience d'apprentissage comme une construction de la réalité où la connaissance du monde se fonde sur des représentations issues de l'expérience du monde. Mais apprendre est aussi une construction du soi dans son rapport aux autres et au contexte où l'apprenant est appelé à mobiliser différentes ressources cognitives et conatives.

Compte tenu des nouvelles expériences et du contact avec l'environnement, la structure de ces schémas mentaux se complexifie et se trouve en constante modification. En d'autres termes, ce qu'un individu va apprendre dépend de ce qu'il sait déjà, et plus un individu connaît et vit des expériences nouvelles interrogeant ses savoirs antérieurs, plus il peut continuer d'apprendre. Les expériences de l'apprenant, une fois réfléchies, stimulent et enrichissent son cheminement éducatif (Kolb, 1984).

Le professionnel, dans le contexte de la pandémie ou autres, apprend certainement en développant des intérêts nouveaux et en élaborant ses connaissances, à travers ses interactions sociales avec les sujets, mais également avec les communautés de pratiques scientifiques qui le supportent et les mouvements sociaux gais contre le VIH qui le questionnent dans ses décisions thérapeutiques. Ces interactions jouent un rôle fondamental dans le développement de ses nouvelles cognitions.

L'étude ainsi abordée se situe dans un courant socioconstructiviste, sans pour autant nier l'existence et l'exigence du savoir constitué et mémorisé que prend en compte l'approche cognitive. Le courant socioconstructiviste permet de mieux saisir les transformations profondes chez les professionnels dans un contexte social marqué par une relation thérapeutique professionnel-sujets inusitée où les sujets sont soutenus par des mouvements sociaux gais contre le VIH bien organisés. Ces transformations touchent leur identité, leurs rapports aux « patients » devenus « sujets » ainsi que leur rapport aux mouvements sociaux gais contre le VIH. Leurs savoirs concernent les prémisses de la pensée, des sentiments, des croyances, des attitudes, des réactions émotionnelles et des actions. Dans la perspective du « *transformative learning* » (Mezirow, 1991), décrite de façon plus détaillée à la section 2.2.8, il s'agit d'une modification consciente, susceptible de transformer en profondeur la façon d'être et les schèmes de référence du professionnel, bref, de « désapprendre » et de « réapprendre » sa médecine dans l'action ou d'effectuer des apprentissages expérientiels. Il en est de même pour les sujets, car le contexte du VIH-sida les pousse à « désapprendre » et à « réapprendre » leur rôle. Des transformations et des situations nouvelles d'interapprentissage aussi significatives exigent, comme le constate Mezirow (*Ibid.*), que les professionnels et les sujets réfléchissent à leurs expériences, qu'ils acquièrent une nouvelle vision et compréhension de qui ils sont et où ils se situent, de leurs relations avec les autres humains et avec le monde naturel, des relations de pouvoir dans les structures interreliées de classe, race et sexe, de la connaissance de leur corps, des approches alternatives de la vie, et des concepts comme la justice, la paix et la joie. Ces nouvelles situations exigent également des professionnels et des sujets qu'ils fassent des choix et agissent en tenant compte de ces nouvelles visions et compréhensions.

Dans la perspective retenue, à dominance socioconstructiviste, la notion d'apprentissage expérientiel prend tout son sens pour cerner comment ces professionnels en sont

venus à questionner et reconstruire leurs pratiques et à en modifier la vision acquise antérieurement.

2.2 – Notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes

« Au moment où la notion d'*experiential learning* apparaît au tournant des années soixante-dix, elle bénéficie déjà d'assises solides avec Dewey, Lindeman et Knowles » (Balleux, 2000, p. 263-264). Ces auteurs placèrent l'expérience au centre de leur analyse, mais sans toutefois relier théoriquement les deux termes. De plus, Dewey, Kolb, Coleman, Schön et Mezirow présentèrent des étapes d'un processus d'apprentissage expérientiel.

2.2.1 – Dewey

Dewey (1859-1952) a étudié, analysé et précisé le rôle de l'expérience dans l'apprentissage. Il affirmait qu'« apprendre, c'est réfléchir sur l'expérience » (Stehno, 1986). On connaît son leitmotiv : « apprendre en faisant » (*learning by doing*).

Pour Dewey, l'expérience est la vie elle-même et elle s'inscrit résolument dans le temps. Elle emprunte aux expériences antérieures et modifie la qualité des expériences ultérieures. De plus, il s'agit d'un événement social qui implique contacts et communication à l'intérieur desquels joue sans cesse le principe de l'interaction entre les conditions objectives de l'environnement et les états subjectifs de la personne (1938) (Bouthegourd, 2007, p. 2).

« Selon Tessier (1990), Dewey peut être considéré comme le premier à concevoir un cadre conceptuel logique pouvant relier la réalité pratique à une démarche de recherche » (Bourassa, Serre et Ross, 2003, p. 29) (*voir figure 2.1*).

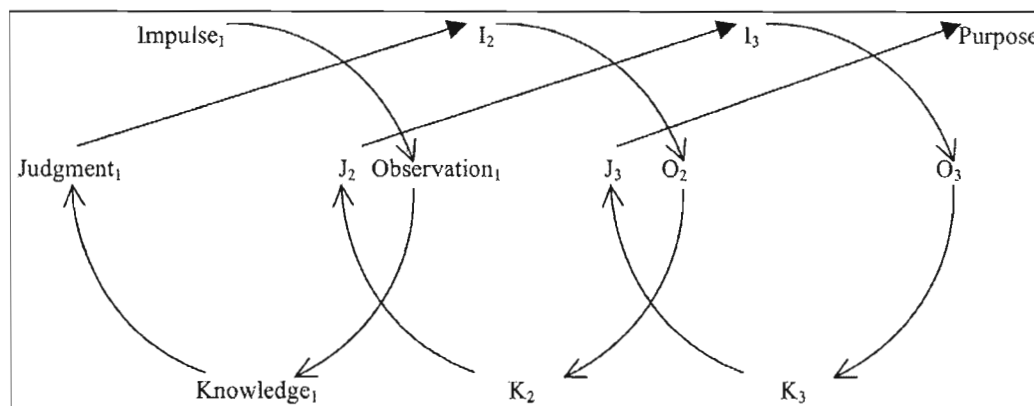


Figure 2.1 – Dewey's Model of Experiential Learning (Kolb, 1984, p. 23)

Selon Dewey (1938),

[...] le premier moment dans l'apprentissage est l'**impulsion** déclenchée par l'intérêt, le déséquilibre et la curiosité, qui commandent le désir de comprendre lors d'une expérience. Cette impulsion implique un contact direct et personnel avec la nature (Dewey, 1960). Par la suite, la personne doit s'arrêter pour faire une **observation** minutieuse des éléments de la situation, des « conditions ambiantes » (*surrounding conditions*). L'analyse nécessaire à cette observation fait appel aux connaissances acquises dans des situations précédentes similaires et aux connaissances ou aux avis transmis par ceux qui ont une connaissance ou une expérience plus grande. La troisième étape, que Dewey nomme **connaissance**, consiste à faire des liens entre tout ce qui a été observé et entendu. La quatrième étape, le **jugement**, amène la personne à se faire une idée et à bâtir sa propre compréhension de la situation qui sera remise à l'épreuve lors d'une nouvelle impulsion dans une situation semblable. La continuité dans les expériences ou, selon l'expression de Dewey, « le continuum expérientiel » signifie que chaque expérience, d'une part, emprunte quelque chose aux expériences passées et, d'autre part, modifie les expériences ultérieures (*Ibid.*, p. 28).

Alors, pour Dewey (1975), deux conditions sont nécessaires pour qu'il y ait apprentissage. D'abord, une personne doit être stimulée par une situation interpellante. Puis, suite à la stimulation, l'existence d'une continuité, c'est-à-dire, le caractère cumulatif et évolutif des expériences de vie (Bourassa, Serre et Ross, 2003 ; Balleux, 2000).

Enfin, ce même auteur précise qu'un apprentissage nécessite une interaction entre l'apprenant et l'objet d'apprentissage. Il écrit :

On ne peut comprendre la nature de l'expérience que si l'on note qu'elle comporte un élément actif et un élément passif [...]. Du côté actif, l'expérience éprouve. Du côté passif, elle subit. Quand nous faisons l'expérience d'une chose, nous agissons sur elle, nous faisons quelque chose avec elle ; puis nous en subissons les conséquences. Nous faisons quelque chose à la chose qui, à son tour, nous fait ensuite quelque chose [...] (Dewey, 1975, p. 175).

2.2.2 – Lindeman

Ami et collègue de Dewey, Lindeman (1926a et b) en a prolongé les travaux en s'intéressant plus particulièrement à l'éducation des adultes. Ses observations sur les petits groupes de discussion (*study circles*) ont constitué un élément central dans sa caractérisation du processus d'éducation des adultes et son insistance sur les rapports réciproques dans l'apprentissage informel, entre l'action, l'expérience et la réflexion critique. Il a caractérisé l'éducation des adultes comme étant une entreprise coopérative dans un milieu non autoritaire dont le but premier était de découvrir le sens de l'expérience, une conquête de la pensée qui creuse jusqu'aux racines des préconceptions qui dirigent notre conduite, une technique d'apprentissage pour les adultes qui fait que l'éducation a les mêmes frontières avec la vie et élève la vie elle-même au niveau des expériences aventureuses (Stewart, 1987).

Des travaux de Lindeman (1926a et b), il est important de retenir son intérêt pour la compréhension critique des expériences et des situations d'apprentissage, sa reconnaissance du potentiel de l'éducation informelle et des nouvelles expériences pour permettre aux personnes de questionner les idées, croyances, valeurs et conduites prises pour acquises et continuer à construire leur identité tout au long de leur vie adulte (Smith, 2004 ; Balleux, 2000).

2.2.3 – Knowles

Knowles (1990) poursuivra les analyses de Lindeman (1926a et b) sur l'éducation des adultes en dégagant la spécificité de leurs conditions d'apprentissage. Il

insistera sur le « concept de soi » qui, renforcé, permet à l'adulte, parvenu à maturité, de s'autodiriger. L'adulte possède un bagage d'expériences qui constitue une importante ressource de l'apprentissage. Knowles (1990) définit même l'adulte en fonction de sa capacité à utiliser son bagage d'expériences, lequel constitue un élément déterminant de son identité.

2.2.4 – Rogers

Ce n'est que vers la fin des années soixante qu'émergera, avec Rogers (1969), le concept de l'apprentissage significatif. Il met l'accent sur l'auto-actualisation de l'apprenant, en soulignant qu'un apprentissage n'est réel que lorsqu'il est significatif et qu'il ne devient tel que dans la mesure où le sujet en perçoit la pertinence, c'est-à-dire, dans la mesure où l'apprentissage prend sens par rapport aux expériences accumulées du sujet qui ainsi s'actualise (Balleux, 2000).

Rogers (1969) et Knowles (1969) insistent sur le besoin d'auto-développement et d'auto-direction du sujet (Jarvis, 2004). L'apprenant est ainsi défini comme l'agent de sa formation.

2.2.5 – Kolb

Kolb (1984) est le premier auteur à avoir modélisé le phénomène de l'apprentissage expérientiel en reconstituant le cycle de l'apprentissage expérientiel. Il a démontré comment l'expérience vécue, puis observée et réfléchie provoque un questionnement et permet d'élaborer des concepts qui, à leur tour, habilitent le sujet pour les expériences à venir. À l'intérieur de ce modèle, le cycle d'apprentissage est décrit comme étant un processus de transformation (*voir figure 2.2*). L'apprentissage est ainsi conçu par Kolb comme étant...

un tête-à-tête entre la réflexion et l'expérimentation : l'expérience concrète amène la personne à l'observation et à la réflexion qui l'entraîne alors à l'élaboration de concepts abstraits avant de retourner vérifier dans l'expérience le bien-fondé de ces principes. Cette vérification amène de nouvelles hypothèses, de nouvelles questions, entraînant un nouveau processus (Balleux, 2000, p. 270).

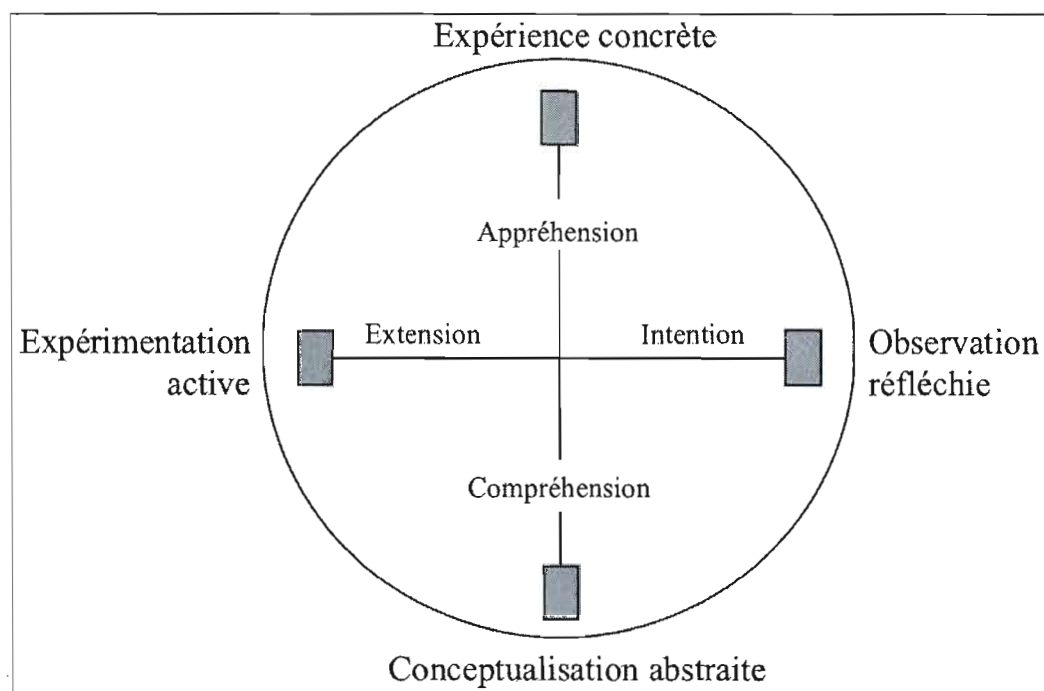


Figure 2.2 – Dimensions structurelles de l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984, p. 42)

Kolb (1984) dégage quatre phases de l'apprentissage expérientiel. La première phase est la phase d'expérience concrète. C'est la phase durant laquelle l'individu est personnellement et directement plongé. La deuxième phase est la phase d'observation réfléchie. De l'expérience concrète, l'individu tire un certain nombre d'observations sur lesquelles il réfléchit selon différents points de vue afin de lui donner un sens. La troisième phase est la phase de conceptualisation abstraite. La réflexion fournit alors le matériel nécessaire pour élaborer un ou des concepts (principes et règles) permettant de généraliser à plus d'une situation. Finalement, l'auteur indique que la dernière phase est la phase d'expérimentation active. Des implications pratiques ou des hypothèses peuvent alors être déduites et validées dans

l'action. Cette vérification amène de nouvelles hypothèses et questions, entraînant un nouveau processus (Bourassa, Serre et Ross, 2003). « La plupart des apprentissages se développent dans un processus d'adaptation qui se réalise lorsqu'un individu transforme ce qui l'entoure [...] » (*Ibid.*, p. 46). Apprendre, affirme Kolb (1984), c'est un processus selon lequel la connaissance est créée par la personne à travers une transformation vécue dans une expérience (Bourassa, Serre et Ross, 2003) (*voir figure 2.1*).

2.2.6 – Coleman

L'apprentissage est en fin de compte présenté comme le processus par lequel le savoir est créé à travers la transformation des expériences. Coleman (1976) conceptualisera davantage l'enchaînement entre les expériences vécues où l'individu voit les effets de son action et, voulant prévoir ce qui se passera si la même situation se reproduisait, cherche à comprendre le principe général qui régit ce cas singulier (Balleux, 2000).

Le modèle de Kolb (1984), comme celui de Coleman (1976), offre un cadre pertinent pour mieux systématiser le rapport particulier du professionnel de la santé confronté à des situations inusitées, expérimentant une nouvelle relation avec des sujets ayant contracté le VIH qui lui transmettent des informations jusque-là inconnues. Le professionnel en tire alors un certain nombre d'observations sur lesquelles il peut réfléchir et élaborer de nouvelles hypothèses explicatives. Le professionnel sera alors inévitablement conduit à généraliser ses observations à plus d'une situation, en mettant à l'épreuve les nouveaux savoirs et concepts générés qu'il cherchera à valider dans l'action pour ainsi mieux prévoir les cas similaires qui risquent de se reproduire.

2.2.7 – Schön

Plusieurs auteurs (Gagné, 1977 ; Boud et Pascoe, 1978 ; Kilry, 1982 ; Gibbs, 1988 ; Weil et McGill, 1989) tenteront de systématiser certaines des étapes du modèle de Kolb (1984) et proposeront d'autres appellations comme *learning from action*, *action learning*, *learning from doing* (Balleux, 2000). Ce sera toutefois Schön (1983, 1987) qui fera progresser substantiellement l'analyse de l'apprentissage expérientiel.

Schön (1983) a démontré que dans les actions spontanées et intuitives, un bon praticien est continuellement engagé dans un processus souvent tacite d'appréciation, de sondage, de modélisation, d'essai, de diagnostic ou d'évaluation qu'il peut à peine décrire. Le rôle de l'action est donc crucial pour la construction d'un répertoire d'expériences, de stratégies et d'explications. C'est en agissant et en réfléchissant sur les résultats de l'action que le praticien teste et valide les solutions à un problème. Ce qui résiste à l'épreuve de l'expérience est intégré dans le répertoire dont dispose le praticien et enrichit son bagage de connaissances disponibles pour apprécier d'autres situations.

La plupart du temps [selon Schön], ces connaissances demeurent tacites. Lorsqu'un praticien éprouve des difficultés ou vit des situations inédites, un processus de réflexion dans et sur l'action s'amorce (Bourassa, Serre et Ross, 2003, p. 50).

Le savoir généré à partir de la pratique professionnelle est caractérisé et conditionné par l'instabilité et la complexité des situations. Face à la réalité d'un tel contexte caractérisé par le pluralisme, l'instabilité et l'incertitude des situations, il n'existe pas de « structures de mise en pratique » clairement définies pour l'utilisation ou l'application d'une telle théorie ou technique (Schön, 1983 ; Saint-Arnaud, 1992).

Certes, la conceptualisation de l'apprentissage expérientiel facilitera la systématisation de cette étude. Toutefois, dans cette étude, les apprentissages expérientiels sont

d'une nature spéciale, qui dépasse l'appropriation de savoirs ou de nouvelles pratiques : il y a transformation des rapports et des schèmes de référence ; bref, il y a un apprentissage transformatif. Et c'est Mezirow (1997) qui permet de capter cette dimension critique.

2.2.8 – Mezirow

Pour Mezirow (1997), apprendre n'est pas uniquement l'acquisition de nouveaux savoirs ou savoir-faire. Il y a un deuxième niveau d'apprentissage, niveau essentiel, soit l'appropriation de nouvelles façons de voir la réalité et d'agir sur celle-ci (Jarvis, 2004).

L'individu apprend alors en élaborant des cadres de référence, en apprenant de nouveaux cadres de référence et en transformant ses façons de voir et ses habitudes de pensée. Le point central de l'analyse de Mezirow (1991) concerne la perspective de sens. Pour cet auteur, l'apprentissage est défini comme un processus de renouvellement de l'interprétation de sens ou qui révisé les anciennes interprétations du sens de l'expérience. Il mentionne que lorsque la perspective de sens ne peut plus confortablement prendre en compte les anomalies dans la situation suivante, une expérience discordante est identifiée. Une transformation pourra alors se produire et une séquence d'apprentissages possiblement transformatifs s'enclenche. De plus, Mezirow place la réflexion au centre du processus d'apprentissage.

Mezirow (1991) a identifié dix étapes dans le processus de transformation des perspectives d'un individu, soit : 1) le dilemme désorientant, 2) l'auto-examen associé à des sentiments de culpabilité ou de honte, 3) l'évaluation critique des suppositions épistémiques, socioculturelles, ou psychiques, 4) la reconnaissance que son mécontentement et le processus de transformation sont partagés et que d'autres individus ont négocié une similaire transformation, 5) l'exploration d'options pour

de nouveaux rôles, relations et de nouvelles façons d'agir, 6) la préparation d'un plan d'action, 7) l'acquisition de connaissances et d'habiletés afin de permettre l'exécution des plans, 8) l'expérimentation des nouveaux rôles, 9) l'acquisition de compétences et l'augmentation de l'auto-confiance dans les nouveaux rôles et relations, et 10) la réintégration dans sa propre vie sur les bases de conditions dictées par ses nouvelles perspectives.

2.3 – De l'apprentissage expérientiel au processus d'apprentissage expérientiel

Depuis Lindeman jusqu'à Mezirow et Jarvis, la définition de l'apprentissage expérientiel et les étapes du processus d'apprentissage expérientiel se sont enrichies de différents apports théoriques et d'observations diverses. Dans un premier temps, il s'agira de prendre en considération la définition enrichie de l'apprentissage expérientiel afin de saisir le processus de dé- et re-construction non seulement des perceptions, des savoirs et de savoir-faire chez les professionnels, mais aussi de leur identité et des rapports à leurs « patients » devenus « sujets », leurs savoirs concernant les prémisses de la pensée, des sentiments, des croyances, des attitudes, des réactions émotionnelles et des actions. Dans la perspective de Mezirow (1991), il s'agit d'une modification consciente, susceptible de transformer en profondeur le professionnel médecin ainsi que de voir et de pratiquer sa profession, bref, de « réapprendre » sa médecine. Des situations d'interapprentissage significatives avec leurs « patients » devenus « sujets » peuvent aussi conduire, éventuellement, les professionnels à réfléchir sur leurs expériences, à acquérir une nouvelle vision et compréhension de qui ils sont et où ils se situent, de leurs relations avec les autres, des relations de pouvoir dans les structures interreliées de classe, race et sexe, de la connaissance de leur corps ou des approches alternatives de la vie (O'Sullivan ; 1999 ; Mezirow, 1991).

Dans un deuxième temps, une analyse plus détaillée des processus d'apprentissage expérientiel retracés dans les données sera effectuée. Cette analyse permettra de démontrer comment se produisent ou peuvent se produire de telles transformations. Dans un troisième temps, il faudra tenter de saisir le contexte expliquant ces apprentissages de deuxième niveau provoqués par la pandémie ainsi que le contexte qu'elle a engendré, un contexte hautement émotionnel où plusieurs événements se produisaient en même temps, soit une multiplication des découvertes scientifico-médicales, une évolution importante des cas de VIH et de sida, une incertitude scientifico-médicale et professionnelle constante et où les thèmes de la sexualité et à l'homosexualité étaient mis au premier plan lors des rapports particuliers qui se développent entre les professionnels de la santé et les sujets. Il faudra observer si et comment la transformation des rapports professionnel-sujets entraîne inévitablement une transformation du rapport au savoir qui reflète et produit un nouveau rapport au pouvoir (Bouchard *et al.*, 1995, p. 8).

Le tableau 2.1 intitulé « Étapes de l'apprentissage expérientiel selon différents auteurs » présente, de façon comparative, les étapes de l'apprentissage expérientiel mentionnées par ses différents auteurs comme Dewey (1975, 1960), Kolb (1984), Coleman (1976), Schön (1983, 1987) et Mezirow (1991). Ce tableau permet également la visualisation de plusieurs points dont, la nomenclature utilisée, les déterminants suggérés et le nombre d'étapes envisagées. Les étapes mentionnées par chaque auteur sont présentées verticalement. Les étapes respectives sont par la suite alignées horizontalement avec les étapes semblables chez les autres auteurs. Cette façon de procéder permet également de constater la richesse des apports théoriques de chacun ainsi que les similitudes et les différences dans la nomenclature utilisée.

Tableau 2.1 – Étapes de l'apprentissage expérientiel selon différents auteurs

	Dewey	Kolb	Coleman	Schön	Mezirow
1	Impulsion déclenchée par l'intérêt, le déséquilibre et la curiosité	Expérience concrète	Participation à une action dans une circonstance particulière	Situation dans l'action dont les réponses routinières produisent une surprise	Dilemme désorientant
2	Observation minutieuse des éléments de la situation, des conditions ambiantes	Observation réfléchie	Observation des effets de cette action	Surprise menant à réflexion dans, sur et pendant l'action	
3			Recherche de la compréhension des effets de cette action dans cette circonstance particulière		Auto-examen associé à des sentiments de culpabilité ou de honte
4					Évaluation critique des suppositions épistémiques, socioculturelles ou psychiques
5					Reconnaissance que son mécontentement et le processus de transformation sont partagés et que d'autres individus ont négocié une similaire transformation
6	Connaissance consiste à établir des liens entre tout ce qui a été observé et entendu	Conceptualisation abstraite	Recherche de la prévision de ce qui se passerait si la même situation se reproduisait		Exploration d'options pour de nouveaux rôles, relations et nouvelles façons d'agir
7					Préparation d'un plan d'action
8					Acquisition de connaissances et d'habiletés afin de permettre l'exécution des plans
9	Jugement amène la personne à se faire une idée et à bâtir sa propre compréhension de la situation		Recherche de la compréhension du principe général qui régit ce cas singulier		
10	Remise à l'épreuve dans une situation semblable	Expérimentation active	Mise en action du principe général dans une nouvelle circonstance à l'intérieur de toute une gamme de généralisations	Expérimentation sur-le-champ	Expérimentation des nouveaux rôles
11					Acquisition de compétences et augmentation de l'auto-confiance dans les nouveaux rôles et relations
12					Réintégration dans sa propre vie sur les bases de conditions dictées par ses nouvelles perspectives

2.4 – Recension des études empiriques et des récits autobiographiques

La recension des écrits s'est attardée tout particulièrement, d'une part, à des études empiriques dont certaines sont spécifiques au domaine de la médecine (Barrette, 2008 ; Slotnick, 2005, 2001, 1999 ; Slotnick, Harris et Antonenko, 2001 ; Slotnick,

Kristjanson, Raszkowski et Moravec, 1998, 1997 ; Marsick et Watkins, 1990) et, d'autre part, à certains récits autobiographiques spécifiques au domaine de la médecine spécialisée dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH (Baxter, 1997 ; Olivier, 1994 ; Scannell, 1999 ; Selwyn, 1998 ; Boulanger, 2008 ; Verghese, 1985 ; Zuger, 1995 ; Bayer et Oppenheimer, 2000).

2.4.1 – Études empiriques

Les études empiriques des auteurs mentionnés auparavant² sont d'un intérêt particulier pour cette étude.

2.4.1.1 – Apprentissages expérientiels et transformation des schèmes de référence

Dans leur étude intitulée *Informal and Incidental Learning in the Workplace*, Marsick et Watkins (1990) mentionnent que les gens de tous les niveaux hiérarchiques sont appelés à apprendre de leurs expériences dans un environnement de travail caractérisé par l'ambiguïté des réponses et la croissance exponentielle de l'information. Pour Slotnick (2005), dans son étude intitulée *Physicians' Learning Strategies*, les professionnels apprennent en réponse à des situations « interpellantes » qu'ils perçoivent avoir dans leur pratique. Ce concept est très proche de celui de Mezirow (1991) lorsque ce dernier parle du « dilemme désorientant » comme déclencheur du processus d'apprentissage expérientiel.

2.4.1.2 – Processus d'apprentissage expérientiel

Marsick et Watkins (1990) ont élaboré un processus d'apprentissage expérientiel issu de quatre différentes études auprès, respectivement, de gestionnaires, d'employés, de dirigeants communautaires et de formateurs. La modélisation du processus, qui s'est dégagé des résultats, est basée sur des auteurs comme Dewey, Lindemann, Argyris et

Schön. Il contient quatre séquences différentes selon qu'il s'agisse de gestionnaires, d'employés, de dirigeants communautaires ou de formateurs. Chaque séquence comporte quatre étapes, soit les étapes de l'intelligence, du design, du choix et de l'expérimentation.

Toujours selon ces auteurs, l'activité intellectuelle est nécessaire afin d'évaluer les résultats d'une intervention ou l'impact de l'intervention ou de la non-intervention. Cette activité mène à la détermination et la formulation du problème. Par la suite, le design implique la recherche de solutions de rechange. Le choix implique la sélection ou la poursuite d'une solution. Lorsque le choix de la solution est effectué, l'individu l'expérimente en l'utilisant, la modifiant ou en faisant ce qu'il désire avec celle-ci (Marsick et Watkins, 1990).

Tableau 2.2 – Comparison of Informal Learning from Experience in Non-routine Situations

Intelligence	Design	Choice	Experimentation
MiL Projects ¹ I. Managers examine context from many perspectives to frame problem & plan action.	III. After successive stages of training & testing hunches, they give feedback to host.	IV. The team helps host look at feedback. While host makes decision, all discuss situation.	II. Managers take action to generate information & examine group dynamics.
Nepal Training ² II. Workers reflect on their experience & analyze client vies to frame problem.	III. Workers design & try out interventions in villages. They assess results.	IV. Workers choose strategies, but continue testing ideas & examining results with team.	I. Workers live in villages to experience client viewpoint & observe behaviours.
PRRM Program ³ I. Staff meet village leaders & help them frame problem as amenable to change.	III. Staff help Councils design educational program & develop criteria for workers.	IV. Councils test ideas with villagers & recruit Technicians who continue cycle with others.	II. If village leaders frame the problem as educational, they talk & form Council.
Trainers ⁴ I. Trainers begin with task that is ambiguous, surprising or that creates dissonance.	II. Trainers examine context, formulate hypotheses, talk with others, & experiment.	III. Trainers act based on hunches & beliefs, whether or not these are examined.	IV. Trainers test ideas & stay open to feedback, but may not see blind spots.

¹ Management Institute in Lund, Sweden (MiL) – How Managers Learn from Experience: A Swedish Experiment

² Nepal Training – How Community Educators Learn: Nepal and the Philippines

³ PRRM Program – How Professionals Learn: Life Experience and Workplace Educators

⁴ Trainers – Professional Trainers

(Marsick and Watkins, 1990, p. 212)

Le tableau 2.2 montre la comparaison entre les quatre séquences selon les quatre étapes, soit l'intelligence, le design, le choix et l'expérimentation. Ces séquences peuvent donc être comparées aux étapes élaborées par Kolb (1984) lorsqu'il présente son propre processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes.

Selon Kolb (1984), la première étape du processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes (le processus) est l'expérience concrète. Chez les formateurs de l'étude de Marsick et Watkins (1990), la première étape de la séquence d'apprentissage expérientiel (la séquence) est également l'expérimentation concrète. Cette étape débute lorsque les formateurs font face à une tâche qui est ambiguë, qui les surprend ou qui crée chez eux une dissonance ou un dilemme désorientant, selon Mezirow (1991). La deuxième étape du processus est l'observation réfléchie. Cette étape survient lorsque les formateurs examinent l'ambiguïté de la tâche qui les surprend ou crée chez eux une dissonance. Toujours selon Kolb (1984), comme chez Marsick et Watkins (1990), la troisième étape du même processus est la conceptualisation abstraite, la formulation d'hypothèses. Enfin, chez ces auteurs, la dernière étape du processus est l'expérimentation active, lorsque les formateurs agissent sur la base de leur intuition ou de leurs croyances et qu'ils mettent à l'essai leurs idées.

À la lecture des informations contenues dans le tableau 2.2, il ressort que les quatre étapes du processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes de Kolb (1984) sont également présentes et facilement identifiables chez les formateurs étudiés par Marsick et Watkins (1990). Toutefois, ces derniers notent que le processus d'apprentissage informel est quelque peu différent d'un groupe d'individus à l'autre. Les gestionnaires, les employés, les dirigeants communautaires et les formateurs n'accomplissent pas les mêmes activités selon la même séquence, dans le même

ordre, lorsqu'ils apprennent informellement. Ils peuvent effectuer une certaine activité à différents moments tout au long de leur apprentissage.

La présentation du processus d'apprentissage de Marsick et Watkins (1990) est aidante pour saisir certains concepts clés de l'apprentissage informel et expérientiel. D'abord, l'apprentissage expérientiel peut être perçu comme étant un processus itératif qui se produit sur une certaine période de temps. Puis, les gens procèdent selon les quatre étapes tout au long du processus d'apprentissage expérientiel et en particulier lorsqu'ils effectuent l'encadrement et la formulation du problème, la recherche et la mise à l'essai de la solution ainsi que le recadrage et la reformulation du problème. Enfin, une personne peut faire appel à certains éléments de l'intelligence, du design, du choix ou de l'expérimentation pendant qu'elle passe à travers chacune des quatre étapes du cycle d'apprentissage informel et expérientiel.

Tableau 2.3 – Four-Stage Theory of Physician's Self-Directed Learning Episodes, by Problem Type

Stage	Specific Problems	General Problems
Stage 0: scanning for potential problems	The physician is aware that problems are "out there" and alert for problems that he/she might need to solve; when he/she encounters them, he/she moves on to the next stage.	
Stage 1: deciding whether to take on the problem	The physician senses a need for immediate action and decides on the spot whether to take on the problem; alternatively, he/she needs a bit, talks briefly with others, and decides quickly.	The physician feels uneasy about a gap in knowledge or skill and asks: Is this really a problem? Is there likely a solution to the problem? Are resources available so I can do the required learning? Am I prepared to make the changes in my practice required by the learning?
Stage 2: learning the required skills and knowledge	The physician reads (journals he/she receives, less often texts) and consults with experienced colleagues.	The physician reads comprehensively and takes available and appropriate courses.
Stage 3: gaining experience	The physician applies the learned solution to the problem and sees what happens.	The physician tries the new skills and knowledge in a range of settings and gains experience as a result. He/she also continues to read, although the purpose is not to gain new skills but to see what kinds of similar experiences colleagues have had.

(Slotnick, 1999, p. 1109)

Il est important de noter que l'étude de Marsick Watkins (1990) est loin du milieu de travail exceptionnel vécu par les professionnels médecins de la présente étude. Toutefois, elle fait ressortir, une fois de plus, la difficulté à circonscrire le processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes.

L'étude de Slotnick (1999), intitulée *How Doctors Learn : Physicians' Self-directed Learning Episodes*, permet de cadrer le processus d'apprentissage expérientiel dans le milieu exceptionnel des professionnels médecins. Cet auteur a élaboré un modèle d'apprentissage expérientiel issu de ses entretiens semi-dirigés effectués auprès de trente-deux professionnels (voir tableau 2.3). Il est donc justifié de se servir de ce modèle afin d'approfondir la thématique du processus d'apprentissage expérientiel chez les professionnels de cette étude.

Tableau 2.4 – Attributes of Each Stage in a Learning Episode

Attributes /Stage	Stage 0: Scanning for Potential Problems	Stage 1: Deciding Whether to Take on the Problem	Stage 2: Learning the Required Skills and knowledge	Stage 3: Gaining Experience
Goal	To identify potential problems AND to note resources that might be useful in the future. (1)	To decide whether to learn what is necessary to resolve the precipitating problem. (2)	To learn the knowledge and skill necessary to begin resolving the precipitating problem. (3)	To apply and practice what has been learned in resolving the precipitating and related problems. (4)
Discrepancy	The physician needs problems to solve or satisfy Maslowian security, affiliation, and self-esteem needs. ¹	The physician lacks sufficient information to decide whether to pursue the problem's solution.	The physician lacks the skills and knowledge necessary to begin resolving the precipitating problem. (1)	The physician lacks experience with and/or confidence in what he is doing.
Resources	The physician reviews all aspects of practice and daily life in light of prior experience. (2)	Specific problems: the physician looks to his clinical situation, reads available literature, discusses with colleagues. (3) General problems: the physician reads broadly (e.g., journals, available through the medical library), converses, and seeks information at meetings. (3)	Specific problems: the physician reads available literature, and consults with colleagues. (3) General problems: the physician reads broadly, consults, and takes courses. (3)	In addition to the sources he has used already, the physician practices what he has learned and learns from other physician's experiences in similar and related situations. (4)
Reflection	The physician considers how problems fit her life generally and her practice specifically. She reflects on how problems, information, and issues relate to her practice. (2)	Specific problems: the physician focuses on the patient and on immediate available reading and consultation; reflection varies from clinical and immediate to consultative and deliberate. (2) General problems: the physician focuses on skills and knowledge to be learned; reflection is consultative, deliberative, and occurs whenever the doctor has time to consider the issue. (2)	Specific problems: the physician considers what knowledge and skill she needs to resolve the problem; reflection is typically clinical and immediate. (2) General problems: the physician reads, attends courses, consults colleagues; does hands-on learning; reflection is deliberative. (2) (4)	For both specific and general problems, the physician conducts a "post mortem." (3) The physician focuses on the experience, prior knowledge, and experience, as well as the experiences (both personal and published) of colleagues; reflection is deliberative and may or may not be at the site of the action. (2)
Criteria for completion	The physician feels that the problems, issue, or information is interesting or important enough to consider further.	The physician answers the questions: Is there really a problem? Is there likely a solution to the problem? Are resources available to learn what is required to solve the problem? And is it practical to do the learning? (2)	Criteria specific to the precipitating problem: The problem requires action, resources were exhausted, others (e.g., instructors) told the physician it was time to act, there was nothing more to study. (4) Criteria the doctor employed: An acceptable plan existed, the doctor felt ready; the doctor was clear on what was to happen next; the doctor felt there was no value in additional learning.	All criteria were specific to the precipitating problem in the sense that the doctor gained enough experience to be confident with the new learning. This was evidenced by the doctor's no longer consciously considering his actions, or the doctor's attention shifting to other issues. The stage could also end because the precipitating problem resolved and the doctor lacked further interest.

Note : Se référer aux quatre étapes de l'apprentissage expérientiel selon Kolb pour les chiffres dans le texte, soit : (1) Expérimentation concrète, (2) Observation réfléchie, (3) Conceptualisation abstraite, (4) Expérimentation Active

(Slotnick, 1999, p. 1110)

Pour cet auteur, les stratégies d'apprentissage expérientiel des professionnels placés devant une problématique spécifique ou générale comportent quatre étapes. La première étape se nomme « Scanner » ou « Évaluer l'environnement pour des problèmes potentiels ». Les deuxième et troisième étapes de son processus

¹ Elstein, A.S., L.S. Shulman et S.A. Sprafka (1978).

d'apprentissage expérientiel sont « Décider d'aborder le problème » et « Apprendre les habiletés et connaissances requises ». La dernière étape se nomme « Gagner de l'expérience ». Selon Slotnick (1999), ces étapes varient selon le problème. Certains problèmes seront spécifiques tandis que d'autres demeureront généraux.

Toujours selon cet auteur, les problèmes spécifiques ont tendance à évoluer rapidement. Pour apprendre dans ce contexte, les professionnels utilisent des ressources d'apprentissage qui sont accessibles, applicables et familières (par ex. : les journaux scientifiques auxquels ils sont abonnés ainsi que les personnes qu'ils consultent sur une base régulière). Souvent, les problèmes spécifiques concernent un sujet patient.

D'autre part, les problèmes généraux exigent des professionnels un comportement plus délibéré. Pour apprendre dans ce contexte, les professionnels utilisent des ressources d'apprentissage qui exigent une certaine planification afin d'y accéder (par ex. : les rencontres personnelles et le matériel dans la bibliothèque médicale) en plus de celles mentionnées lors d'un problème spécifique. Souvent, les problèmes généraux concernent l'apprentissage de tout un ensemble de nouvelles habiletés et connaissances.

Le modèle d'apprentissage expérientiel de Slotnick (1999) est d'un grand intérêt pour cette étude puisqu'il élabore un processus d'apprentissage expérientiel spécifique aux professionnels médecins et qu'il prend en compte le genre de problème que ces derniers rencontrent lors de la pratique de la médecine, soit des problèmes spécifiques et généraux. Les quatre étapes du processus d'apprentissage expérientiel des professionnels et leurs caractéristiques en fonction du type de problème et de l'épisode sont présentées au tableau 2.3. De plus, Slotnick (1999) a ajouté au tableau 2.4 une seconde dimension. Celle-ci met en relief des attributs pour chacune des étapes. Au nombre de cinq, ces attributs sont les suivants : 1) le

but (*goal*), 2) la discordance résolue lors de l'étape (*discrepancy*) (par ex. : la différence entre le niveau actuel de connaissances et d'habiletés et ce que le professionnel avait besoin de connaître et de faire afin de réaliser le but), 3) la façon d'utiliser les ressources (*resources*), 4) la réflexion que le professionnel effectue pendant cette étape (*reflection*), et 5) le critère à satisfaire afin de compléter cette étape (*criteria for completion*). Il utilisera le terme « épisode » lorsqu'il parlera de l'ensemble des différentes étapes du processus d'apprentissage expérientiel des professionnels ainsi que des attributs qui y sont rattachés.

Il est intéressant de noter que toutes les étapes du processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes de Kolb (1984) se retrouvent dans le tableau 2.4 mentionnant les attributs pour chacune des étapes pour un épisode d'apprentissage, mais sous une nomenclature différente (sauf pour l'étape de la « réflexion »). Les chiffres de 1 à 4 ont été ajoutés au tableau 2.4 afin de repérer les quatre étapes du processus d'apprentissage expérientiel théorique chez les adultes de Kolb (1984). Il semble que d'autres étapes soient également mentionnées dans le tableau de Slotnick (1999).

Selon Kolb (1984), et repris à leur façon par Coleman Schön et Mezirow, le processus d'apprentissage expérientiel proposé est un cycle de quatre étapes, soit : l'expérience concrète, l'observation réfléchie, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active. Selon les commentaires précédents et les suggestions de Slotnick (1999), le processus serait beaucoup plus complexe et certaines autres étapes seraient implicites.

a) Étape 0

Comme le souligne Slotnick (1999), l'étape 0 est une étape importante dans le processus d'apprentissage des professionnels. Les professionnels décident alors de considérer ou non un problème, spécifique ou général. Il note également que les étu-

dians en médecine qui apprennent le curriculum basé sur les problèmes n'ont pas le choix de considérer ou de ne pas considérer le problème et sont avisés de résoudre le problème. Comme le mentionnent Kitchener et King (1994), il existe probablement des solutions aux problèmes bien structurés énoncés sur papier, ce qui n'est certainement pas le cas pour les problèmes qui sont mal structurés et non sur papier.

De plus, Slotnick (1999) souligne que les professionnels peuvent décider d'apprendre ou de ne pas apprendre ce qui touche un problème en particulier pour des raisons qui sont ou ne sont pas justifiées. Il est important de noter que cette décision peut être effectuée sur la base suivante : il y a ou il n'y a pas de solution au problème.

b) Étape implicite (« poursuivre ou mettre fin au processus d'apprentissage expérientiel »)

Selon Slotnick (1999), il existerait possiblement des critères clairs pour chacune des étapes, mais qui ne seraient pas explicites. Ces critères devaient être adressés par les professionnels afin de déterminer s'ils allaient poursuivre ou arrêter leur apprentissage. Cette étape pourrait s'appeler « poursuivre ou mettre fin au processus d'apprentissage expérientiel ». Ainsi, toujours selon Slotnick (1999), le processus d'apprentissage expérientiel prendrait fin pour différentes raisons ou dans différentes circonstances. D'abord, il prendrait fin lorsque les professionnels auraient acquis suffisamment d'expériences pour être confiants avec le nouvel apprentissage. Ce phénomène apparaît lorsque les professionnels ne considèrent plus consciemment leurs actions ou que leur attention se déplace vers d'autres problèmes. Le processus prendrait également fin lorsque le problème est résolu ou que les professionnels n'y sont plus intéressés.

Slotnick (1999) mentionne également que les professionnels arrêtaient leur apprentissage en se basant sur des critères qu'il appelle des critères heuristiques. Par exemple, les professionnels arrêtaient leur apprentissage si l'information qu'ils avaient trouvée leur fournissait un plan pour les étapes suivantes à effectuer, s'ils recevaient de l'information de différentes sources qui servait à corroborer l'information qu'ils détenaient déjà (i.e., des articles de journaux scientifiques ou bien un article d'un journal scientifique et l'information d'un collègue), si l'information qu'ils avaient trouvée leur permettait de comprendre ce qui causait le problème, si des contraintes externes exigeaient leur action immédiate (i.e., si la situation émergeait – une infection pouvant causer la mort), et s'ils avaient une bonne idée de ce qu'ils devaient faire et qu'ils avaient découvert que d'autres professionnels en étaient arrivés à la même conclusion en ce qui concernait la solution aux problèmes.

Dans l'étude de Barrette (2008), intitulée « Étude de l'explicitation de l'apprentissage informel chez des adultes dans le contexte d'une entreprise », l'auteure élabore également des concepts intéressants et utiles à cette étude. Lors de la présentation des résultats de son étude, elle mentionne que le processus d'apprentissage informel est d'abord un processus situé, c'est-à-dire, qu'il est fortement lié à la situation rencontrée ou vécue, qui agit comme déclencheur, soit un déséquilibre ou un inconfort. De plus, il lui semblait aussi exister une certaine dimension collective, c'est-à-dire, une dialectique entre les personnes et les autres ou les groupes de pratique. Barrette (2008) mentionne également qu'« un nouvel apprentissage informel s'exprime par la trace laissée chez la personne en situation de l'exercice d'une nouvelle pratique (ou une pratique restructurée, ou consolidée, ou encore confirmée) » (p.495). Quant à la première étape du processus d'apprentissage expérientiel (informel) chez les adultes, selon Barrette (2008), les

dilemmes désorientants peuvent être placés dans deux catégories distinctes selon qu'ils sont internes ou externes à la personne.

Par exemple, l'inconfort vécu par l'acteur amène chez lui un besoin de réajustement, qui est souvent causé par l'environnement/la situation, mais qui réside *davantage dans* la personne qui perçoit et reconstruit la situation en y réagissant. Mais les éléments ayant une influence sur l'apprentissage informel peuvent être « localisés » parfois *davantage chez la personne* ou parfois *davantage dans son environnement* (Barrette, 2008, p. 404).

Puis, Barrette (2008) discute de l'observation réfléchie qui peut porter sur différents aspects de la pratique des professionnels, comme le mentionnent Sargeant *et al.* (2006), leurs habiletés et leurs connaissances, leurs interactions avec leurs patients et les autres, ainsi que sur leurs forces et leurs faiblesses.

En somme, les auteurs mentionnés ont élaboré des concepts qui, d'une part, confirment certains concepts présentés par les théoriciens lorsqu'ils parlent des quatre étapes du processus d'apprentissage expérientiel des adultes ou, d'autre part, viennent s'ajouter à ceux élaborés par ces derniers lorsqu'ils parlent d'étapes implicites.

2.4.1.3 – Émotions

Il ne semble toutefois pas y avoir d'endroit pour consigner les émotions (*affect*) dans le processus d'apprentissage expérientiel de Kolb (1984). Or, les émotions varient selon le type d'apprentissage (Fox, Mazmanian et Putman, 1989) et selon l'étape lors de l'épisode d'apprentissage (Slotnick, 1999). Le niveau des émotions dépend de la complexité et de l'envergure du problème qui a précipité l'apprentissage (*Ibid.*). Cette dimension émotionnelle s'avèrera importante dans le cas des professionnels aux prises avec la pandémie du VIH-sida.

2.4.1.4 – Motivation (« moteur de l'apprentissage »)

Plusieurs auteurs ont abordé le concept de la motivation à l'apprentissage et ses sources sous plusieurs angles. Comme le mentionne Viau (1996), « cette question a fait l'objet d'un long débat entre chercheurs » selon l'approche théorique à laquelle ils adhèrent (p. 1). Pour les chercheurs qui adhèrent à la théorie behavioriste, la motivation réside dans les renforcements externes. Pour ceux qui adhèrent à la théorie humaniste, la motivation réside dans le besoin intrinsèque de l'apprenant à apprendre et à s'épanouir en tant qu'être humain. Pour les chercheurs qui adhèrent à la théorie cognitiviste, la motivation se situe dans la relation entre la personne et son environnement (Viau, 1996).

La motivation prend son origine dans les perceptions et les attentes d'une personne à l'égard des événements qui lui arrivent (*Ibid.*, p. 1).

Pour les chercheurs qui adhèrent à la théorie constructiviste, la motivation est un état dynamique qui tire ses origines dans les perceptions qu'un apprenant a de lui-même et de son environnement et qui l'incite à choisir une activité, à s'y engager et à persévérer dans son accomplissement afin d'atteindre un but (Viau, 1994, 2007). Enfin, pour ceux qui adhèrent à la théorie socioconstructiviste, la motivation ajoute à la théorie constructiviste en considérant les effets des pressions sociales et culturelles extérieures sur le développement individuel (Vygotski, 1997).

Selon Vygotski (1997), la motivation à l'acquisition des connaissances est multipliée par le fait d'avoir à gérer des relations sociales, rapports conflictuels, par exemple, dont la résolution va de pair avec la résolution de problèmes cognitifs. Ainsi, le fait d'avoir à confronter les points de vue entre deux personnes qui partent de conceptions a priori opposées, favorise l'émergence d'un processus de négociation au plan cognitif, mais aussi relationnel, et à l'issue de ce processus, les acteurs du conflit s'approprient véritablement une solution élaborée en commun. La motivation

sociale apparaît donc comme un puissant stimulant de la motivation cognitive. Il est important de mentionner une autre fois que cette étude ne s'intéresse aucunement à la coconstruction des savoirs. Elle s'intéresse à la déconstruction et la reconstruction des savoirs du professionnel.

La motivation est donc un moteur de l'apprentissage (Quinton, 2007). De plus, la motivation à apprendre est amplifiée lorsqu'il y a une dissonance entre l'expérience d'un individu et sa perception de l'univers (Jarvis, 2004) – un dilemme désorientant (Mezirow, 1991). La motivation est donc un paramètre important que le professionnel prend en considération lorsqu'il décide ou non d'apprendre. Bernard et Reyes (2001) ajoutent que la motivation est également « [...] un paramètre important de la qualité d'un apprentissage » (p. 239). Pour ces mêmes auteurs, la motivation est :

un ensemble complexe de déterminants d'ordre personnel (intérêt direct : motivation intrinsèque) et social (avantages dérivés : motivation extrinsèque) [...] (p. 239).

Selon Careau et Fournier (2002), les buts intrinsèques ont souvent « trait à l'apprentissage, à l'acquisition de connaissances, au plaisir d'apprendre et à la satisfaction d'une curiosité » (p. 7). Toujours selon ces auteurs, les buts extrinsèques ont souvent « trait à la performance, à l'obtention de l'estime, de la reconnaissance des autres, de récompenses et de félicitations ainsi qu'à l'atteinte d'une moyenne ou d'un résultat prédéterminé » (p. 7-8). Pour Bernard et Reyes (2001),

un niveau de motivation intrinsèque élevé chez l'apprenant est conditionné par la façon dont il s'estime capable d'atteindre le but qui est fixé (confiance en soi), par la perception de l'intérêt de l'objectif et de l'adéquation de la méthode pédagogique mise en œuvre, par le sentiment d'avoir un espace d'autodétermination et de liberté dans le cadre de la formation en cours. À l'inverse, un sentiment d'incompétence, d'inutilité, de contrainte, de situation incontrôlable conduit à une mauvaise image de soi, une démotivation (p. 240).

Enfin, Bandura (1993) mentionne que ce sont des perceptions spécifiques qui sont les sources les plus importantes de motivations à apprendre, c'est-à-dire, les perceptions qu'un apprenant a de lui-même quant aux différents apprentissages à

effectuer (Viau, 1997). Finalement, les motivations sont influencées par trois types de perceptions : les perceptions de valeur, de compétence et de contrôle (Careau et Fournier, 2002 ; Viau, 1996). Selon ces auteurs,

La perception de la valeur d'une activité est le jugement qu'un élève [apprenant] porte sur l'importance et l'intérêt d'une activité d'apprentissage en fonction des buts qu'il poursuit (Viau, 1996, p. 2).

La valeur qu'on accorde à une activité influence de façon directe notre désir de s'y adonner (Careau et Fournier, 2002, p. 7).

Selon Careau et Fournier (2002), « l'étudiant [apprenant] développera sa propre perception de la valeur d'une activité à partir de deux éléments : l'utilité de l'activité et le type de but visé » (p. 2). La seconde perception, selon Careau et Fournier (2002) et Viau (1996), est la perception de sa compétence.

La perception de sa compétence à accomplir une activité qui est particulièrement utile à l'élève [apprenant] placé devant une activité qui soulève chez lui un degré élevé d'incertitude quant à sa réussite (Viau, 1996, p. 2).

La troisième perception, toujours selon Careau et Fournier (2002) et Viau (1996), est la perception de la contrôlabilité.

La perception de la contrôlabilité est la perception du contrôle que l'élève [apprenant] croit exercer sur le déroulement et les conséquences d'une activité d'apprentissage (Viau, 1996, p. 2).

En somme, pour les différents auteurs mentionnés, les apprenants sont hautement motivés à apprendre lorsqu'ils font face à un dilemme désorientant. Toutefois, leur motivation à apprendre sera modulée selon la valeur qu'ils y attachent, leur compétence face au dilemme à résoudre et le degré de contrôle qu'ils ont sur le déroulement et les résultats à atteindre.

2.4.2 – Récits autobiographiques

Des récits autobiographiques, d'hommes ou de femmes, homosexuels ou hétérosexuels, impliqués directement dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH, ont été retracés. Ces récits racontent l'histoire de professionnels faisant face à la pandémie du VIH-sida tout en mettant davantage l'accent sur les sujets. Un second type de récits met plutôt l'accent sur la vie des professionnels, leurs craintes, leurs espoirs, leurs désappointements, leurs besoins et leurs expériences, toujours dans le contexte de la pandémie du VIH-sida (Bayer et Oppenheimer, 2000). Il s'agit du livre de Bayer et Oppenheimer (2000) présentant le discours de soixante-seize professionnels impliqués directement dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH.

Les récits autobiographiques retracés ont permis d'approfondir les trois questions de recherche, de préciser les catégorisations lors de l'analyse des données et de bonifier les chapitres de l'étude portant sur la problématique et la discussion.

2.4.2.1 – Apprentissages expérientiels et transformations des rapports et des schèmes de référence

Le premier objectif de l'étude consistait à retracer dans les récits les apprentissages expérientiels et les transformations de certains rapports et schèmes de référence réalisés par les professionnels dans le contexte de la pandémie du VIH-sida.

Selon les récits, il semble que certains apprentissages et certaines transformations ont été réalisés principalement en ce qui concerne les identités personnelle et professionnelle, la relation thérapeutique professionnel-sujets, la relation professionnels-proches et la relation professionnels-société.

a) Transformation des identités personnelle et professionnelle
 (« militantisme, limites, euthanasie, risque et confidentialité »)

Il a été possible de recenser, dans les récits autobiographiques de divers professionnels médecins, de nombreuses transformations sous la catégorie de la transformation des identités personnelle et professionnelle de ces derniers. D'abord, la transformation de l'implication militante des professionnels (Bayer et Oppenheimer, 2000) a été retracée. Par la suite, la transformation de la logique thérapeutique (les rapports à la vie [Boulanger, 2008], à la mort [Scannell, 1999 ; Baxter, 1997 ; Olivier, 1994], à la religion [Boulanger, 2008 ; Scannell, 1999 ; Baxter, 1997 ; Verghese, 1985], à l'amour [Baxter, 1997 ; Olivier, 1994] et à la hiérarchie de la souffrance [Selwyn, 1998]) ont également été retracés.

D'autre part, les professionnels ont été amenés à apprendre leurs limites (les limites humaines [Olivier, 1994], physiques [Selwyn, 1998] et professionnelles [Boulanger, 2008]). Puis, ils ont été amenés à apprendre que certains sujets étaient incapables de faire face à la mort (Baxter, 1997). Ensuite, ils ont été amenés à apprendre à pratiquer la médecine à l'intérieur de l'incertitude scientifico-médicale (Bayer et Oppenheimer, 2000 ; Scannell, 1999 ; Selwyn, 1998 ; Baxter, 1997 ; Verghese, 1985 ; Zuger, 1995).

« The first years of the AIDS epidemic were characterized by palpable dread. [...] The etiological agent responsible for the collapse of the immune system in those who had fallen ill was unknown. No one knew how far the disease would spread, whether it would remain confined to gay and bisexual men, drug users, and recipients of blood and blood products or would extend to the broader population » (Bayer et Oppenheimer, 2000, p. 63).

En plus de la maladie, les professionnels étaient également confrontés aux nouvelles demandes de leurs sujets. Ceux-ci commençaient à leur exprimer leur volonté de mettre fin à leur vie, à leurs jours – l'euthanasie et le suicide assisté. Après avoir été témoins de la souffrance et de l'agonie de plusieurs proches, des sujets conscients

qu'ils souffraient des mêmes maux et qu'ils n'étaient pas à l'abri des complications survenues chez leurs amis demandaient à leur professionnel d'abrégier leurs souffrances et leur agonie en les aidant à précipiter leur mort (Bayer et Oppenheimer, 2000). Cette demande exprimée rationnellement a suscité un véritable débat public sur l'euthanasie et a bousculé en profondeur le système de valeurs implanté dans le corps médical.

Une autre réalité est également apparue. « Le sida touchait de plus en plus de sujets qui nécessitaient de plus en plus de soins » (*Ibid.*), car lorsqu'ils étaient diagnostiqués VIH séropositifs, inévitablement, ils devenaient psychologiquement fragiles (Clark et Jackson, 1989). La peur d'être défiguré à cause des symptômes physiques, la perte de son emploi et la situation financière précaire qui s'en suivait, le rejet et l'ostracisme social, et la mort elle-même causaient d'importants stress (*Ibid.*, Smith, 2001). En raison de cette panique, les sujets étaient souvent traités de façon humiliante et inhumaine. Leurs droits étaient souvent bafoués et le bon sens et la simple courtoisie leur étaient refusés (*The Body*, 2001). « Les bris de confidentialité, les discriminations et les exclusions se multipliaient » (Olivier, 1996, p. 1). De plus, presque tout l'« *establishment* » médical prenait des décisions à leur insu (*The Body*, 2001).

« Fear of contagion and disdain for those who had fallen ill produced widespread discrimination in the workplace, in schools, and even in medical facilities » (Bayer et Oppenheimer, 2000, p. 63).

Les professionnels ont été amenés à apprendre qu'il y avait des risques inhérents à la pratique médicale (Bayer et Oppenheimer, 2000). Ils ont été amenés à apprendre à exercer dans l'absence de traitements et donc à avoir recours à des thérapies alternatives dans le traitement de leurs sujets (Scannell, 1999 ; Selwyn, 1998). Enfin, les professionnels ont été amenés à apprendre à jouer un rôle différent, celui de compagnon sympathique (Selwyn, 1998).

**b) Transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets
(« frontière, conversation, émotions et confidences »)**

Il a été possible de retracer, dans les récits autobiographiques de divers professionnels de la santé, de nombreux apprentissages sous la catégorie de la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets, une relation plus partenariale ou collaborative (Bayer et Oppenheimer, 2000). D'abord, les professionnels ont été amenés à apprendre les effets de l'estompement de la frontière entre eux et leurs sujets ainsi que la nécessité de la rebâtir (Bayer et Oppenheimer, 2000). Puis, ils ont été amenés à apprendre à accorder une plus grande place aux discussions touchant plusieurs aspects de la sexualité et de l'homosexualité à l'intérieur de la conversation thérapeutique professionnel-sujets (Bayer et Oppenheimer, 2000). Ensuite, ils ont été amenés à apprendre à pratiquer la médecine d'une façon différente maintenant que les sujets étaient plus actifs et informés, avec une plus grande autonomie (Zuger, 1995 ; Olivier, 1994 ; Bayer et Oppenheimer, 2000). Les professionnels ont dû apprendre à ne pas confronter les sujets (Baxter, 1997 ; Scannell, 1999). Puis, ils ont dû apprendre qu'il y avait des choses qu'ils ne pouvaient pas demander à leurs sujets, surtout lorsqu'il s'agissait de secrets de famille et que cela pouvait causer plus de souffrance (Selwyn, 1998). Enfin, les professionnels ont dû apprendre à masquer leurs émotions lors du traitement de leurs sujets et à se demander quoi faire avec tous les secrets et les confidences que leurs sujets leur divulguaient spontanément (Scannell, 1999 ; Baxter, 1997 ; Olivier, 1994).

c) Transformation de la relation professionnel-proches (« conjoint, partenaire »)

Il a été possible de retracer, dans les récits autobiographiques de divers professionnels de la santé, un apprentissage important sous la catégorie de la transformation de la relation professionnel-proches. Il semble que le travail des

professionnels dans le domaine du VIH-sida ait transformé leurs relations interpersonnelles avec leurs proches, tout particulièrement avec leur conjoint ou partenaire de vie, leurs enfants et leurs amis (Bayer et Oppenheimer, 2000).

d) Transformation de la relation professionnels-société (« psychologique et matériel »)

Il a été possible de retracer, dans les récits autobiographiques de divers professionnels de la santé, un apprentissage important sous la catégorie de la transformation des relations professionnels-société. Les professionnels ont été amenés à apprendre les impacts psychologique et matériel de la pandémie sur la société et sa culture (Scannell, 1999 ; Thomas, 2008).

En somme, les apprentissages et les transformations de certains rapports et de certains schèmes de référence réalisés par les professionnels dans le contexte de la pandémie du VIH-sida retracés dans les récits autobiographiques aident à dresser un premier portrait et ajoutent à l'intérêt de cette étude.

Toutefois, selon les récits autobiographiques de professionnels dont le parcours de vie a été semblable à ceux de l'étude, il semble que, chez certains d'entre eux, plusieurs obstacles persistent vers la réalisation d'apprentissages expérientiels. Il leur est alors impossible de parler de leurs apprentissages expérientiels lors des entretiens et par le fait même du processus par lequel ils les auraient réalisés. Le Docteur Baxter (1997) a mentionné que pour différentes raisons, beaucoup de professionnels n'apprennent pas de leurs sujets ayant contracté le VIH. Ces raisons sont l'argent, la fierté de posséder toute la connaissance scientifique, les inquiétudes quotidiennes de la vie, ou tout simplement le manque de temps pour assimiler dans leur propre vie les leçons de leurs sujets. Pour sa part, le Docteur Scannell (1999) a mentionné qu'il existait un autre obstacle contraignant les professionnels à apprendre

de leurs sujets ayant contracté le VIH. Cet obstacle était rattaché à l'environnement. Pour certains professionnels, ce sera un environnement calme qui sera contraignant tandis que pour d'autres professionnels, ce sera un environnement où règne la tempête qui sera contraignant.

Enfin, comme le mentionne le même auteur, quelquefois, ce que le professionnel pensait connaître et croire pouvait, dans l'étincelle d'un moment, changer abruptement, sans même qu'il s'en soit aperçu. Il lui sera alors, une fois de plus, difficile de parler de ses apprentissages et du processus par lequel il était passé pour les réaliser.

En somme, de nombreux apprentissages et de nombreuses transformations de certains rapports et de certains schèmes de référence ont été retracés dans les récits autobiographiques. Toutefois, il semble qu'un bon nombre d'entre eux demeureront implicites. Enfin, il est important de se souvenir que ce ne sont pas tous les professionnels qui traitent des sujets ayant contracté le VIH qui effectueront des apprentissages ou des transformations, ou qui en auront conscience.

2.4.2.2 – Processus d'apprentissage expérientiel

Le deuxième objectif consistait à recenser, dans les récits autobiographiques de divers professionnels de la santé, les processus d'apprentissage expérientiel par lesquels ils ont été amenés à réaliser de tels apprentissages et de telles transformations de certains de leurs rapports et de certains de leurs schèmes de référence dans leurs rapports à leurs sujets à travers lesquels ils ont pu acquérir et mobiliser de nouvelles visions et sensibilités, ou de nouveaux savoirs et savoir-faire. D'abord, Baxter (1997) a mentionné comment, dans le contexte d'incertitude qui existait lors de la pandémie du VIH-sida, les professionnels devaient s'en remettre à leur intuition et à leur bon jugement, des compétences immatérielles, pour

diagnostiquer l'infection au VIH et toutes les infections opportunistes que les sujets développaient. Pour sa part, le Docteur Zuger (1995), dans son livre intitulé *Strong Shadows : Scenes from an Inner City AIDS Clinic*, a mentionné avoir appris à travailler dans l'absence de politique et à utiliser son instinct et le hasard dans le traitement de ses sujets.

Il semble donc qu'un processus d'apprentissage expérientiel tout à fait différent de celui proposé par les théoriciens ou les études empiriques ait été en place lors du traitement de certains sujets ayant contracté le VIH. Les professionnels devaient s'en remettre à leur intuition ou leur instinct, leur bon jugement et le hasard lors du traitement de sujets ayant contracté le VIH. Il semblerait que toutes leurs compétences étaient immatérielles.

2.4.2.3 – Contexte propice à de tels apprentissages

Le troisième objectif consistait à recenser dans les récits autobiographiques pourquoi de tels apprentissages expérientiels et de telles transformations se sont produits dans le contexte de la pandémie du VIH-sida. Selon les données retracées dans les récits autobiographiques de professionnels dont le parcours de vie a été semblable à ceux de l'étude, il semble que, chez certains d'entre eux, le moteur qui les a poussés à apprendre et à transformer certains de leurs rapports et certains de leurs schèmes de référence venait de l'environnement politique créé par la pandémie du VIH-sida.

Le Docteur Mazzullo a réalisé qu'il y avait aussi un aspect politique au sida. Le fait que les gouvernements pouvaient décider de placer les gais dans des camps de concentration afin de les contrôler le poussait à transformer son niveau d'éveil à la problématique de la pandémie du VIH-sida (Bayer et Oppenheimer, 2000). Pour d'autres professionnels, le facteur déclencheur venait de la menace créée par la pandémie du VIH-sida. Cette menace était dirigée vers leur communauté, leurs amis

et leur conjoint (Bayer et Oppenheimer, 2000). Enfin, plusieurs professionnels ont mentionné que le contexte de proximité à la souffrance des hommes ouvertement gais qu'ils avaient rencontrés (Bayer et Oppenheimer, 2000) a eu un impact majeur.

L'environnement politique, la menace à la communauté gaie et la souffrance des sujets ayant contracté le VIH constituent les trois facteurs ou conditions importants qui ont été recensés dans les récits autobiographiques.

2.5 – Définition des autres concepts

Pour mieux analyser les apprentissages, les processus d'apprentissage et les moteurs, facteurs ou conditions à la transformation des savoirs et savoir-être médicaux des professionnels, il est maintenant nécessaire d'aborder d'autres concepts essentiels à la présente étude, soit : les formations initiale et continue, le modèle traditionnel de développement des médicaments ou des traitements, ainsi que la chronicité de l'infection au VIH. De plus, il s'avère essentiel de définir les termes suivants : ressources cognitives et autres mobilisées et mobilisables, *empowerment*, *self-empowerment*, VIH et sida.

2.5.1 – Formation initiale et formation continue

Il est essentiel de spécifier les rapports entre la formation initiale et la formation continue des professionnels, les ressources cognitives ainsi mobilisées ou mobilisables par les professionnels tout au long de leur parcours, et de préciser un concept qui permettra de mieux cerner l'orientation de l'apprentissage expérientiel et du développement professionnel continu, celui de l'*empowerment*.

Pour comprendre la signification des apprentissages réalisés dans la relation thérapeutique entre le professionnel et ses sujets, il importe de différencier les

apprentissages formel, non formel et informel, ainsi que d'établir la distinction entre la formation initiale et la formation continue, ou le développement professionnel continu (voir figure 2.3).

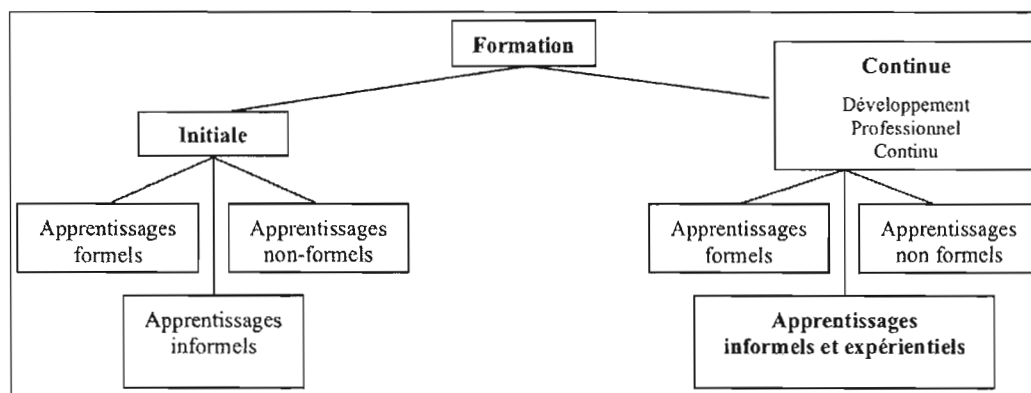


Figure 2.3 – Formations initiale et continue des professionnels

Au départ et comme toujours, les futurs professionnels entreprennent une *formation initiale* préparatoire à l'exercice de leur profession et donc antérieure « à leur entrée dans la vie active » (Legendre, 2005, p. 696). Depuis quelques décennies, les praticiens sont aussi appelés, tout au long de leur parcours professionnel, à poursuivre leur formation professionnelle devenue continue, « un programme de formation axée sur l'acquisition, l'approfondissement » [...] (*Ibid.*, p. 687) ou la mise à jour de connaissances. Cette formation continue se fait généralement à travers des apprentissages structurés (dont une partie est devenue obligatoire et créditée et l'autre non formelle) ainsi que par des apprentissages informels. Ces derniers peuvent subvenir de façon incidentielle, ou être réalisés de façon intentionnelle à l'initiative de l'apprenant (Marsick et Watkins, 1990). La formation médicale continue de type formel (accréditée) ou non formelle est donnée par des institutions universitaires, l'ordre professionnel ou encore des réseaux professionnels ou privés qui l'offrent sous le mode présentiel ou via les nouvelles technologies de l'information. Ainsi, une fois sur le marché du travail, les professionnels s'approprient de nouvelles connaissances

théoriques et pratiques et se tiennent ainsi à jour concernant les diverses découvertes pouvant les affecter (*American Medical Association*, 1993).

Toutefois, depuis une décennie, une mutation importante se produit à cet égard, une mutation que traduit le changement de vocabulaire, soit le passage de la « Formation médicale continue » (FMC) au « Développement professionnel continu » (DPC), ou de la *Continuing Medical Education* (CME) au *Continuing Professional Development* (CPD). Selon Davis, Evans, Jadad, Perrier, Rath, Ryan, Sibbald, Straus, Rappolt, Wook et Zwarenstein (2003, p. 33), la formation médicale continue est de type plus traditionnel et correspond à la participation à des activités obligatoires ou volontaires de transfert des connaissances afin de maintenir à jour les professionnels dans leur domaine d'expertise (Bero, Grilli, Grimshaw, Havey, Oxman et Ann, 1998 ; Legmann et Descartes, 2010). L'émergence du concept de Développement professionnel continu (DPC) traduit une rupture avec les pratiques de dissémination passive de l'information, qui tendent à avoir peu d'effet sur la pratique des professionnels (Bélanger et Robitaille, 2008). L'option privilégiée porte sur des pratiques éducatives plus interactives de mise à jour des connaissances des professionnels praticiens ainsi que pour une implication de ces derniers dans la définition des objets de recherche et la validation des hypothèses ou de nouveaux protocoles (Davis, 1998, 2003 ; Du Bouley, 2000 ; Peck, McCall, McLaren et Rotem, 2000 ; Elwyn et Hocking, 2000 ; Bennett, Davis, Easterling, Friedmann, Green, Koeppen, Mazmanian et Waxman, 2000). En se référant aux théories d'éducation des adultes, ce nouveau courant insiste sur la multiplicité des situations et modes d'apprentissage, incluant l'apprentissage autodirigé, l'apprentissage informel des professionnels via des pratiques réflexives ainsi que l'interapprentissage non seulement interdisciplinaire et interprofessionnel, mais aussi entre le professionnel et ses patients actifs et informés devenus « sujets » (Davis *et al.*, 2003).

La traduction du savoir peut se servir de gens de différentes disciplines, [...] incluant les patients et l'éducation publique, afin d'aider à combler le vide entre l'évidence et la pratique (traduction libre) (Davis, 2003, p. 3).

Au-delà des activités organisées de développement professionnel continu, les professionnels réalisent différents apprentissages expérientiels à l'intérieur de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Mais la teneur de ces apprentissages est liée au type de relations dans lesquelles les professionnels et leurs sujets s'engagent, et à travers lesquelles leurs rôles respectifs peuvent varier. Le rôle du professionnel passera alors de celui d'expert en charge jusqu'à celui de partenaire ou de facilitateur, en passant par celui d'expert-guide (Lussier et Richard, 2008, p. 1097). Simon, Traynard, Bourdillon, Gagnayre et Grimaldi (2009) parleront du passage d'une relation thérapeutique paternaliste plus ou moins autoritaire, relation thérapeutique d'objectivation du sujet malade par le professionnel médecin investigateur et prescripteur, à une relation thérapeutique égalitaire et partenariale. Le rôle du sujet variera également (Grimaldi et Cosserat, 1998, p. 18), allant de patient passif à sujet actif, en passant par celui de sujet informé. La formation médicale continue est donc en transition, tel que le traduit le passage de la FMC au DPC (Bélanger et Robitaille, 2008 ; Cervero, 2001).

The practice of medicine has changed dramatically in the past decade because of forces demanding a new way to envisage health care. These include rapid advances in biomedical knowledge and its application to the practice of medicine; changing expectations of physicians as effective communicators and team members; enhanced awareness of the role of physicians in disease prevention; incorporation of evidence-based medicine, accountability, and financial incentives into daily medical practice; changing work environments as more care moves to ambulatory settings; and then use of CME as evidence of competence for medical practice when granting medical re-licensure, hospital privileges, specialty recertification, professional society membership, and recognition for selected other professional activities (Bennett et al., 2000, p. 1167-1168).

Il est donc possible d'affirmer, à titre d'hypothèse, que le domaine de l'action médicale dans le cas de la pandémie du VIH-sida est qualifié par le changement et l'incertitude et, de ce fait, qu'il constitue un contexte favorable à des apprentissages

tant formels qu'expérientiels, et à l'interaction entre le formel et l'informel. De plus, il est possible d'affirmer que les apprentissages des professionnels sont facilités ou freinés par de multiples facteurs ou conditions, dont les expériences passées de ces derniers, incluant leur formation initiale ainsi que les possibilités et les orientations dominantes du développement professionnel continu des professionnels médecins.

2.5.2 – Ressources mobilisées et mobilisables

Plusieurs ressources peuvent être mobilisées par les professionnels. Ces ressources forment un « ensemble d'opérations et de ressources pédagogiques, planifié par le Sujet [professionnel] dans le but de favoriser au mieux l'atteinte d'objectifs dans une situation pédagogique » (Legendre, 2005, p. 1261). Ces derniers, à la recherche de savoirs, peuvent mobiliser des ressources personnelles allant jusqu'à la situation ou le contexte lui-même, en passant par la littérature, les ressources technologiques et les rencontres, les cours ou les formations.

2.5.2.1 – Savoirs

Le professionnel peut acquérir des savoirs scientifiques, des savoirs singuliers, localisés ou contextualisés, des savoirs appliqués ou techniques, des savoirs stratégiques ou savoirs pour l'action (Van der Maren, 1995). D'autres savoirs peuvent être appropriés : des savoir-faire – « la compétence technique et/ou l'habileté alliée à l'expérience dans l'exercice d'une activité professionnelle » (Legendre, 2005, p. 1203), des savoir-être – « l'ensemble des qualités personnelles comme la confiance en soi, l'honnêteté et le sens des responsabilités » (Conseil supérieur de l'éducation, 1996-1997, p. 5).

Il est également important de se référer aux concepts de savoir-vivre, savoir-vivre ensemble, savoir-être et savoir-feindre. Les professionnels peuvent aussi faire

l'acquisition de savoir-vivre – « les compétences à l'égard d'autrui qui leur permettent d'entrer en relation, de transiger et de travailler avec les autres » (Faitelson-Weiser, 1997, p. 2), des savoir-vivre ensemble – « l'art de vivre en proximité d'autres personnes tout en démontrant des habiletés interpersonnelles comme la capacité de travailler en équipe, de bien servir les clients [sujets] et de communiquer adéquatement avec ces derniers » (Conseil supérieur de l'éducation, 1996-1997, p. 5), des savoir-paraitre – « l'art d'être vu sous un certain aspect, sembler, avoir l'air, donner l'impression d'être » (Robert, 1973, p. 1229) (Rassat, 1999, p. 2), des savoir-feindre – « l'art de forger, d'imaginer ou de donner pour réel un sentiment ou une qualité qu'on n'a pas, c'est-à-dire, feindre l'étonnement, l'innocence, l'enthousiasme, la joie, la tristesse, ou encore, cacher à autrui ce qu'on sent, ce qu'on pense, en déguisant ses sentiments » (Robert, 1973, p. 692) (Rassat, 1999, p. 2) et un savoir-gai ou un « gai savoir » – où les apprentissages portent sur les relations amoureuses [et autres] entre personnes du même sexe (Allain, 2010).

2.5.2.2 – Sources et ressources mobilisées et mobilisables

Selon l'étude de Slotnick (2001), les sources mobilisées et mobilisables par les professionnels peuvent être regroupées sous huit catégories, soit : les ressources personnelles du professionnel, la littérature recherchée, les ressources humaines, les journaux scientifiques, l'information publique, les ressources technologiques, les textes ainsi que les rencontres et les cours.

Tableau 2.5 – Catégories de ressources mobilisées selon Barrette (2008)

Catégorie	Ressources spécifiques
Les connaissances acquises en contexte structuré/formel d'apprentissage	Formation au travail ou à l'école
La situation/le contexte	Renvoyant à l'aspect contextuel/situé de l'apprentissage informel
Le groupe/les autres	Renvoyant à l'aspect collectif de l'apprentissage informel
Les outils/artefacts	Mobilisés dans l'apprentissage
Les ressources personnelles :	Les émotions, l'intuition, l'engagement, la motivation ainsi que les ressources-stratégies (établir des liens anciens/nouveaux; mettre en pratique/construire dans l'expérience; apprendre par soi-même/réfléchir sur son action, et expliciter un savoir tacite)

Tableau 2.6 – Regroupement des sources et des ressources mobilisées et mobilisables

	Catégorie	Sources et ressources
1	Ressources personnelles	Les dossiers personnels (i.e., les articles, les feuillets d'information distribués à différents moments), les expériences (i.e., les patients rencontrés) et les émotions, l'intuition, l'engagement, la motivation ainsi que les ressources-stratégies (établir des liens anciens/nouveaux; mettre en pratique/construire dans l'expérience; apprendre par soi-même/réfléchir sur son action, et expliciter un savoir tacite)
2	Littérature recherchée	Les services basés sur ordinateur, les bibliographies dans les livres et les articles, les bibliothécaires et les lectures recommandées par des consultants
3	Ressources humaines	Les patients et leurs familles, les professionnels de la même spécialité, les consultants provenant d'autres spécialités, les chercheurs, les professeurs et les représentants des compagnies pharmaceutiques et d'équipements médicaux
4	Journaux/revues scientifiques	Les journaux auxquels les professionnels sont abonnés, les journaux dans la bibliothèque médicale, la revue d'articles, les recherches originales, les rapports de cas, les abstraits, les rapports brefs et les éditoriaux
5	Information publique	Les quotidiens, les revues et les sites Internet
6	Ressources technologiques	La télévision éducative, les CD-ROM, les DVD, les CD (les Audio-Digest, les rubans audio, les vidéocassettes), les activités sur ordinateur (i.e., la page Internet de la corporation de la spécialisation du professionnel) et les téléphones intelligents de type iPhone
7	Livres/textes Références/monographies	Les livres/les textes ayant trait à la spécialisation du professionnel ou provenant d'autres spécialisations, les références ayant trait à la spécialisation du professionnel ou provenant d'autres spécialisations et monographies
8	Rencontres/cours/formations	Formation à l'école et au travail (FMC à l'hôpital, l'école de médecine, les corporations de spécialisation, les associations médicales), les conversations avec d'autres professionnels lors de rencontres, les affiches lors de rencontres, les rencontres menées avec les compagnies pharmaceutiques et les fabricants d'équipements médicaux, les cours offerts aux centres d'excellence régionaux, les formations au travail supervisées par un collègue et les comptes rendus de réunions

Dans son étude, Barrette (2008) a regroupé sous les cinq catégories les sources et ressources mobilisées et mobilisables par les apprenants adultes (*voir* tableau 2.5). Ainsi, huit catégories de ressources mobilisées et mobilisables émergent grâce au

regroupement des catégories élaborées par Slotnick (2001) et Barrette (2008). Ces catégories renferment respectivement les ressources personnelles accessibles, la littérature recherchée, les ressources humaines sollicitées, les journaux et les revues scientifiques lus, l'information publique disponible, les livres, les textes, les références et les monographies accessibles selon la disponibilité du professionnel, ainsi que les formations dispensées (*voir* tableau 2.6).

2.5.3 – Empowerment et self-empowerment

Même si les termes « *empowerment* » et « *self-empowerment* » (autonomisation) seront surtout appliqués aux sujets plutôt qu'aux professionnels de l'étude, il s'avère essentiel de les définir, car ils ont été les moteurs à de nombreux apprentissages et de nombreuses transformations chez les professionnels de l'étude. En premier lieu, le terme *empowerment* est utilisé dans divers contextes. Ceux-ci vont du mouvement des femmes (Minkler et Cox, 1980), du *Black Power* (Davis, 1988 ; Minkler et Cox, 1980) et des droits des gais (Minkler et Cox, 1980), en passant par l'*empowerment* des étudiants (Bode, 1989 ; Fagan, 1989), des adolescents (Price, 1988 ; Simmons et Parsons, 1983), des professeurs (Fagan, 1989) et des infirmières (*American Nurses' Foundation*, 1989 ; Gibson, 1991), et allant jusqu'à l'*empowerment* ou le *self-empowerment* des personnes avec le sida ou des personnes vivant avec le sida (PWA ou PLWA) (Haney, 1988 ; Kirp et Epstein, 1989).

Le terme *empowerment* est « polysémique » (*Empowerment Illustrated*, 2003, p. 1) et « ne renvoie pas encore à un cadre conceptuel très précis » (Le Bossé, 2003, p. 30). « Les auteurs analysés définissent l'*empowerment* tantôt comme un résultat, tantôt comme un processus et parfois même comme les deux à la fois ou en tout autre terme » (Doumont et Aujoulat, 2002, p. 8), dans un sens général ou dans un sens plus spécifique.

En terme de résultat, l'*empowerment* se réfère au développement des ressources personnelles (sociales, psychologiques, intellectuelles et spirituelles) afin de donner à la personne les moyens de contrôler et de diriger sa propre vie (Ford, Edwards, Rodriguez, Gibson et Tilley, 1996), ou à la mise à la disposition la plus rapide et complète possible des informations et des services concernant la maladie, et ce à plusieurs niveaux : prévention primaire et secondaire, prise en charge médicale, prise en charge hospitalière, retour à domicile (Clark et Forbes, 2001). L'*empowerment* en tant que résultat s'observe, par exemple, lorsque le patient a réussi à faire la transition entre un état de crise initial et un état d'acceptation de la maladie et d'adaptation active à l'intégration d'un traitement d'auto-soins dans la vie de tous les jours (Linnehan et Groce, 2000).

Le terme *empowerment* prend un tout autre sens selon d'autres auteurs recensés. Il est alors défini en termes de processus. Pour Klepac (1996), le principe de l'*empowerment* en éducation du patient suppose le développement d'un sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa santé. Selon Kar, Pascual et Chickering (1999) et Ninacs (2006), l'*empowerment* est 1) le processus par lequel les individus, les communautés et les organismes renforcent leur pouvoir sur les sujets et les problèmes qui les concernent le plus, 2) le processus de négociation de la réalité qui interviendrait après une perte physique (maladie chronique, blessure traumatique) et qui permettrait à l'individu de faire face à la réalité, d'une part, pour se protéger et, d'autre part, pour s'épanouir (Elliott, Witty et Herrick, 1991), 3) le processus concernant le sujet, intégré dans une démarche psychothérapeutique brève « thérapie centrée sur les solutions » (Davis, Vander Meer, Yarborough et Roth, 1999), 4) le processus social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires de manière à avoir l'impression de contrôler leurs propres vies, ou 5) le processus d'aide visant à assurer aux personnes

le contrôle des facteurs qui peuvent affecter leur santé (Gibson, 1991). Quant à Anderson et Funnell (2000), le concept d'*empowerment* est toujours envisagé en termes de collaboration, ce qui suggère une relation « d'égal à égal » entre le patient et le soignant.

Le terme *empowerment* prend, selon d'autres auteurs recensés, un sens général ou un sens plus spécifique. Dans son sens général, l'*empowerment* désigne la capacité des gens de mieux comprendre et de mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci (Israel, Checkoway, Schulz et Zimmerman, 1994). Dans son sens plus spécifique, l'*empowerment* individuel ou psychologique désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle. Il met l'accent sur le développement d'une relation positive de soi-même (*self concept*) ou de ses compétences personnelles. De plus, il inclut l'analyse et la critique du contexte social et politique, le développement des ressources et des compétences individuelles et collectives nécessaires à l'action sociale (*Ibid.*, 1994).

Dans le domaine de la santé, l'*empowerment* réfère à l'acquisition du sentiment de confiance en les ressources nécessaires au sujet pour participer et coopérer adéquatement au traitement et pour devenir partenaire avec le professionnel et les autres professionnels de la santé (Dunst et Trivette, 1987). Pour qu'il y ait de l'*empowerment* chez un sujet, il est nécessaire qu'une expérience rehaussant son niveau de conscience se produise (Bergsma, 2004). Dans l'étude envisagée, le sujet a dû constater que le corps médical, et plus spécifiquement le professionnel qui le soignait, en savait peu sur le VIH-sida. Il a donc dû se prendre en main et prendre en main son éducation en ce qui concerne les soins, les médicaments et les traitements.

De tous les auteurs qui ont parlé de *l'empowerment* et de *self-empowerment*, la définition de Shernoff (1992) est celle qui a été retenue pour cette étude et sera appliquée aux sujets dans leur rapport au professionnel. Pour Shernoff (1992), le *self-empowerment* signifie que le sujet devient un partenaire actif avec le professionnel (l'expert) afin de déterminer mutuellement ce qui est le mieux pour le sujet, et/ou pour déterminer les procédures qu'il doit prendre pour le futur, les traitements ou l'absence de traitements. Le sujet *self-empowered* se perçoit comme étant égal au professionnel et non dans une position d'impuissance simplement parce qu'il demande son avis ou une consultation. Afin de devenir un sujet *self-empowered*, le sujet doit s'informer concernant sa condition et la panoplie de traitements et de médicaments disponibles puisque la connaissance est le pouvoir. Dans sa forme la plus simple, le *self-empowerment* signifie *prendre charge de sa propre vie, sa maladie et ses soins* (Shernoff, 1992).

2.5.4 – VIH et sida

Le VIH (virus d'immunodéficience humaine) est une infection par « un micro-organisme qui infecte les cellules saines et qui fabrique des copies de lui-même pour se propager et attaquer de l'intérieur le système immunitaire qui a pour rôle de le combattre » (Ruby, 2004, p. 1). « Le virus se transmet lors d'activités sexuelles ou de contamination sanguine directe, c'est-à-dire, par l'utilisation d'aiguilles souillées, l'injection de sang ou de dérivés sanguins infectés, ou par le passage trans-placentaire » (Dupuy, 1986, p. 105).

Pour passer de l'infection au VIH au stade du sida, « il y a quatre phases, notamment : 1) la période suivant l'infection au VIH, 2) la période où l'infection est asymptomatique, 3) la période d'infection symptomatique, et 4) la période où les infections dites opportunistes apparaissent » (Ruby, 2004, p. 1-2). « Le malade ne

meurt pas de l'infection au VIH comme telle, mais des infections opportunistes qui s'ensuivent » (Fiore, 1993, p. 44).

« Le sida est donc un ensemble de manifestations cliniques qui sont la conséquence du déficit immunitaire causé par le VIH » (Dupuy, 1986, p. 11). « Le sida est dit "acquis" parce qu'il est consécutif à une infection par le VIH survenu, en général, après la naissance » (*Ibid.*, p. 12). Les signes de la maladie dépendent des types et des localisations de ces infections (Dupuy, 1986). Le sujet est ainsi agressé par des infections opportunistes différentes, survenant les unes après les autres ou simultanément.

Avant 1996, les sujets qui passaient du stade de VIH à celui de sida étaient nombreux et ils étaient presque certains de mourir, créant ainsi une relation thérapeutique professionnel-sujets où les professionnels et les sujets ne pouvaient rien, sauf préparer le chemin vers une mort certaine dans un laps de temps plus ou moins court. Actuellement, aucun traitement ne guérit l'infection. Mais depuis 1996, grâce à des traitements antirétroviraux hautement efficaces (multithérapie, *cocktail*), de nombreux sujets peuvent vivre beaucoup plus longtemps (Ruby, 2004 ; Smith, 2001).

2.5.5 – Chronicité de l'infection au VIH

Il est important de mentionner le débat qui existe concernant l'utilisation du qualificatif « chronicité » par différents professionnels ainsi que les médias lorsqu'ils parlent du VIH. Le VIH est-il vraiment devenu une infection (maladie) chronique ? Déjà en juin 1989, Samuel Broder, le plus haut dirigeant de l'Institut national contre le cancer déclarait, à la Conférence internationale contre le sida, à Montréal, que le VIH était une maladie (infection) chronique (Fee et Fox, 1992).

Il semble donc important de définir le terme « chronicité » afin de pouvoir, par la suite, juger la façon dont le terme est utilisé lorsqu'il s'agit du VIH. D'abord, le terme « chronicité » rappelle une certaine persistance dans le temps. Le Petit Robert (1973) mentionne que la chronicité est le caractère de ce qui « est chronique, [...] qui dure longtemps et se développe lentement » (p. 280).

Une maladie chronique, dans la majorité des cas, ne peut pas être prévenue, peut être contrôlée, mais pas guérie par des médicaments. Dans la majorité des cas, une maladie chronique exigera des traitements pendant toute la vie du sujet. Donc, elle ne disparaîtra généralement pas. Certaines maladies chroniques entraînent une incapacité permanente. Les maladies chroniques sont généralement caractérisées par des épisodes aigus de symptômes suivis de périodes où les symptômes peuvent être réduits ou absents (FedMed, 2010; *MedecineNet*, 2010).

Finalement, afin d'aider à la compréhension du terme « chronicité », Barthassat *et al.* (2009) comparent la définition d'une maladie aiguë à celle d'une maladie chronique.

En contraste des symptômes et des souffrances de la maladie aiguë, la maladie chronique s'illustre par la menace de détérioration, de décompensation. Elle impose bien souvent un traitement ou des changements visant à maintenir un capital de santé plutôt qu'à améliorer une condition actuelle. Alors que la maladie aiguë nécessite un traitement limité dans le temps, pouvant parfois être prodigué par une tierce personne, la maladie chronique implique un traitement s'inscrivant dans la durée et assumé principalement par le patient lui-même (p. 2).

Donc, dans le cas de l'infection au VIH, pour juger de sa chronicité ou non, elle devrait satisfaire les critères mentionnés auparavant. Elle ne devrait pas pouvoir être prévenue par un vaccin ou guérie par des médicaments. Elle devrait pouvoir être contrôlée. Elle devrait persister dans le temps et se développer lentement. Elle devrait pouvoir être contrôlée, dans la majorité des cas, mais être incurable. Tous les sujets l'ayant contracté devraient nécessiter des traitements réguliers pendant toute

leur vie. Elle ne devrait pas disparaître. Elle devrait s'illustrer par la menace de détérioration et de décompensation. Finalement, elle devrait impliquer un traitement s'inscrivant dans la durée et assumé principalement par le patient lui-même. En utilisant ces critères, il semble bien que le VIH ait atteint le stade de la chronicité.

Il semble qu'il y ait un facteur important qui a marqué le changement de paradigme du VIH/sida, d'infection mortelle à infection chronique. Selon CEGOS (2010), « depuis maintenant [plus de] dix ans, le pronostic et la prise en charge de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont complètement changé et l'espérance de vie des malades s'est accrue de manière très importante » (p. 1). Ces deux modifications sont, semble-t-il, le résultat de l'avènement des trithérapies, une avancée thérapeutique majeure qui a révolutionné la vie des personnes infectées par le VIH (Barthassat *et al.*, 2009, p. 1). Ainsi, les trithérapies ont aidé à contrôler l'évolution rapide et fatale de l'infection. C'est justement ce contrôle qui a permis au VIH de passer d'une infection mortelle à une infection (maladie) dite « chronique » (*Ibid.*) traitable et bien souvent silencieuse. Comme le soulignent Barthassat *et al.* (2009), l'évolution de l'infection au VIH a « bien évidemment radicalement changé les perspectives du patient, elle a également redéfini la position du soignant » (p. 2). Pour le patient,

toute maladie chronique renvoie à la perte du sentiment d'intégrité, à la perte d'une condition antérieure impliquant donc un processus d'acceptation de la maladie chronique [...] (*Ibid.*).

Pour le soignant, c'est...

abandonner son rôle de « médecin-guérisseur » pour celui « d'accompagnateur ressource » (*Ibid.*).

Toujours selon Barthassat *et al.* (2009), sans « la prise de conscience de cette transformation radicale de paradigme, les professionnels et les sujets s'exposent à de grandes frustrations » (p. 2). C'est tout à fait ce contexte, cette situation qui

permettra possiblement la réalisation de nombreux apprentissages et de nombreuses transformations puisque, comme le mentionnent Doise, Mugny et Perret-Clermont (In Joshua et Dupin, 1993), une opposition entre deux apprenants [professionnels et sujets], lors de situations d'interaction sociale, permettra d'engendrer des conflits sociocognitifs dont la résolution permettra de générer des progrès cognitifs, des apprentissages et des transformations.

En contrepartie à ce discours sont ceux qui ne pensent pas que le VIH soit une infection qui ait atteint le niveau de la « chronicité ». En 2006, Act Up-Paris publiait un article intitulé *Chronicité du déni* dans son Dossier Action Prévention. Les premières lignes de cet article mentionnaient que...

Le VIH/sida n'est pas une maladie chronique ! Avec plus de 1 600 décès par an d'après l'enquête mortalité 2000, on meurt toujours du VIH en France. [...] Les premières causes de décès de séropositifVEs sont les cancers (doublement de leur incidence chez les séropositifVEs), les cirrhoses hépatiques et les risques cardiaques. [...] Mais tandis que l'espérance de vie des séropositifVEs a globalement augmenté, leur impact sur la durée de vie est d'autant plus sensible. [...] Mais tandis que l'espérance de vie a augmenté, l'ancienneté dans la maladie est associée à plus de précarité affective et sociale et au développement de l'exclusion. Si on ne voit plus mourir les séropositifVEs, c'est surtout qu'ils et elles sont de plus en plus isolés au fur et à mesure que leur maladie se développe (p. 1).

Le Docteur Frascino (2010), dans son article intitulé *A Chronic, Not Always So Manageable Condition*, mentionne que l'utilisation du terme « chronicité » lorsqu'il s'agit du VIH peut démontrer un optimisme à outrance ou du moins, peut induire en erreur le public et surtout ceux qui doivent vivre avec l'infection qui les ravage. Il précise qu'il y a eu de nombreux écrits mentionnant les vertus des nouveaux médicaments qui maintiennent en vie les sujets ayant contracté le VIH. Ces écrits clament également que le VIH/sida est maintenant une infection (maladie) chronique et dont la gestion est possible, comme l'hypertension et le diabète. Le Docteur Frascino (2010) croit que ce sont possiblement les campagnes publicitaires pour les médicaments antirétroviraux qui ont alimenté cette notion en se servant de photos attrayantes qui suggéraient que la prise de leurs pilules transformerait les patients.

C'est pour cette raison que la population croit que le VIH/sida est maintenant une infection (maladie) chronique. Le même auteur enrichit ses commentaires par l'exemple d'un sujet pour qui la chronicité du VIH n'est pas une réalité, au contraire, c'est une illusion. Chez ce dernier, les effets dévastateurs du VIH/sida se font toujours « sentir » ou « subir ».

Enfin, le Docteur Frascino (2010) termine son exposé en mentionnant qu'il ne peut pas penser à d'autres conditions médicales chroniques qui font autant peur et qui ont autant de facettes. Pour ne nommer que quelques-unes des peurs et des facettes, il mentionne la stigmatisation rattachée à l'infection, les difficultés rencontrées lorsqu'il est nécessaire de trouver du personnel compétent et compatissant afin de prendre soin des sujets ayant contracté le VIH, les problèmes rencontrés par les sujets dans le milieu de l'emploi, l'aliénation des sujets par leurs amis et leur famille, la problématique entourant la divulgation de sa séropositivité et même la criminalisation du VIH.

En nécessitant un traitement au long cours, le VIH fait à ce jour figure d'exception en infectiologie. En effet, habituellement dans le cadre de maladies infectieuses, le médecin peut prescrire un traitement qui, très généralement, fait disparaître les symptômes et est limité dans le temps. Dans le contexte du VIH, avec cette perspective de chronicité, le traitement est pris pour conserver un capital de santé et non pour soulager un symptôme (Barthassat *et al.*, 2009).

Comme mentionné dans ChroniSanté (2009), ne serait-il pas plus sage de parler du VIH en abordant les infections que les sujets ont davantage de chances de développer ? Si c'est la perspective à laquelle les professionnels font référence, il serait alors possible d'utiliser l'expression suivante : les sujets « ont davantage de chances de développer des maladies chroniques semblables à celle des personnes non

infectées » (p. 1). Le terme « chronicité » est alors réservé aux maladies chroniques autres que le VIH.

Dans cette thèse, afin de prendre en compte les deux paradigmes conceptuels, l'étudiant-chercheur a opté pour une nomenclature mitoyenne, soit l'utilisation de l'expression « ladite chronicité ». Celle-ci prend en compte les dires des protagonistes qui parlent du VIH en l'appelant une maladie chronique ainsi que ceux qui en parlent comme étant toujours une infection à caractère mortel. Le but de la thèse n'est certainement pas de départager ces deux visions de la situation actuelle du VIH, mais bien d'en présenter les atteinants de visions opposées. En utilisant la terminologie de « ladite chronicité », l'étudiant-chercheur envoie tout de même un signal. Il considère que l'étiquette est forte et qu'elle n'est possiblement pas adéquate pour décrire le stade actuel de la pandémie. Tout de même, cette étiquette est utilisée dans cette thèse au sens le plus large afin de tenir compte des deux visions, mais surtout de l'effet remarquable des trithérapies – aussi appelées multithérapies – sur le parcours de la pandémie du VIH-sida.

Retour sur les questions de recherche de l'étude

Les questions de recherche de l'étude envisagée ont été énoncées tout au long de l'élaboration du cadre théorique. Il est tout de même pertinent de les systématiser afin d'en apprécier la portée.

Suite à l'élaboration des étapes du processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes, trois questions de recherche surgissent indéniablement pour comprendre si et comment, à l'intérieur de la pratique médicale reliée au VIH-sida, le rapport au savoir a été modifié permettant l'ouverture du professionnel à de nouvelles pratiques et stratégies d'intervention thérapeutiques reliées au VIH-sida.

Dans un tel contexte :

Question 1

- Quels rapports et schèmes de références (connaissances et pratiques) des professionnels ont été transformés pour saisir le sens de la nouvelle situation et y intervenir ? Quelles dé- et re-constructions de leur réalité et de leur identité les professionnels ont-ils effectuées ?

Question 2

- Comment les professionnels ont-ils effectué les apprentissages expérientiels grâce à leurs sujets, dans un tel contexte d'incertitude ? Comment les professionnels ont-ils réussi à intégrer leurs nouvelles connaissances, pratiques (expériences) de façon inclusive, mais aussi discriminante dans leur pratique médicale ?

Question 3

- Pourquoi les rapports et les schèmes de référence des professionnels concernant la pratique médicale reliée au VIH sont-ils devenus caducs ? Quels sont les facteurs ou moteurs qui ont rendu ces transformations possibles ? Quels rôles ont joués les sujets immédiats et les réseaux auxquels certains d'entre eux ont été associés ?

2.5.6 – Modèle traditionnel de recherche et de développement des médicaments ou des traitements

Il semble impératif de décrire le modèle traditionnel de recherche et de développement des médicaments et des traitements afin de pouvoir éventuellement décrire sa transformation.

Le modèle traditionnel de recherche et développement des médicaments ou des traitements débute normalement lorsqu'un scientifique, provenant d'une université ou d'une compagnie pharmaceutique, effectue des recherches qui pourraient éventuellement mener au développement de diverses substances chimiques ou biologiques. Lors de la découverte d'une substance, cette dernière est évaluée sur des cultures de tissus ou sur des animaux afin d'en vérifier les effets. Si les effets sont probants et prometteurs, d'autres évaluations en laboratoires sont effectuées afin de déterminer les autres effets possibles et la dose à administrer. Les essais précliniques permettent de déterminer si la substance produit les effets recherchés et qu'elle n'est pas toxique. (Santé Canada, 2010) (*voir* figure 2.4).

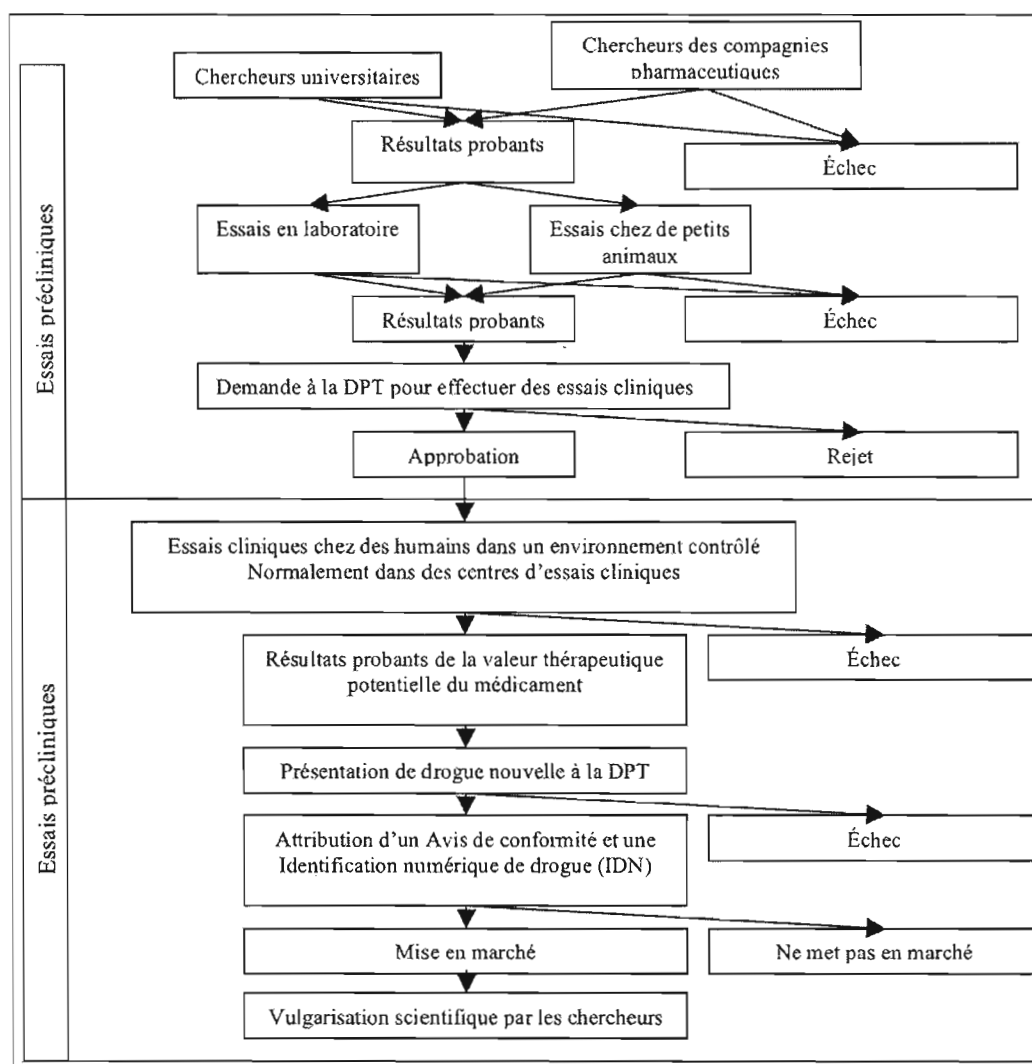


Figure 2.4 – Processus traditionnel de développement des médicaments et des traitements

Par la suite, les essais cliniques permettent de vérifier, dans un environnement contrôlé, la valeur thérapeutique potentielle du médicament ou du traitement et si cette valeur surpasse les risques associés. Enfin, les essais cliniques permettent de déterminer si les risques peuvent être atténués (*Ibid.*) (voir figure 2.4). Cette section de la description du modèle de recherche et de développement des médicaments et traitements permet à nouveau de constater la place minime accordée aux professionnels médecins à l'intérieur de ce modèle. La participation de ces derniers

semble sollicitée seulement lors des essais cliniques. Cette participation semble se limiter à apporter leur aide afin d'exercer un contrôle sur l'environnement des essais, incluant les participants.

Cette description du modèle traditionnel de recherche et de développement des médicaments et traitements permet de constater la place inexistante des professionnels médecins à l'intérieur de ce modèle. Or, en parallèle avec le passage du modèle linéaire de la formation professionnelle continue (FPC) au modèle circulaire de développement professionnel continu (DPC), on assistera, dans ce terrain d'étude, à une participation active des professionnels praticiens à la recherche et au développement de nouveaux traitements.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre, divisé en quatre sections, explique la méthodologie utilisée lors de l'étude. Dans un premier temps, les choix méthodologiques sont exposés. Il s'agit ici de justifier le choix de l'approche qualitative aux visées interprétatives et de la stratégie du devis de recherche de l'étude de cas, de définir les paramètres du cas ainsi que de justifier le choix des stratégies de collecte de données, de recrutement des professionnels et des sujets ainsi que de production, de traitement et d'analyse des données.

Dans un deuxième temps, le déroulement de la collecte de données est mentionné. Ce sont quatre vagues distinctes et successives qui sont élaborées. Elles comprennent des entretiens semi-dirigés effectués auprès d'un professionnel et trois sujets lors de la première vague, auprès d'un professionnel et trois de ses sujets lors de la deuxième vague, auprès de trois professionnels lors de la troisième vague et auprès d'un professionnel lors de la quatrième et dernière vague.

Dans un troisième temps, la stratégie de production et de traitement des données est élaborée. De plus, cette section aborde les analyses préliminaires et en profondeur des données qualitatives ainsi que la rétroaction des professionnels sur les résultats de l'analyse des données.

Enfin, la dernière section de la méthodologie aborde plusieurs aspects, soit les considérations déontologiques, les avantages, les limites et la qualité de l'étude ainsi que la fiabilité et la confirmation de l'étude.

Pour des fins de simplification, une section abordera spécifiquement la méthodologie envisagée et mentionnera les modifications apportées. Cette façon de procéder permettra de constater quand, où et comment la méthodologie a été modifiée tout au long de l'étude qualitative. Ce sont les commentaires et suggestions apportés, d'une part par les sujets lors des vagues préliminaires, et d'autre part par les professionnels lors de toutes les vagues qui constitueront la justification des modifications apportées à la méthodologie envisagée. Les expressions « méthodologie envisagée » et « méthodologie utilisée » seront donc employées afin de permettre de bien faire la distinction entre les deux méthodologies, celle qui avait été envisagée lors de la mise en place de l'étude et celle qui a effectivement été utilisée lors de la réalisation de l'étude.

3.1 – Choix méthodologiques

Avant d'aborder le déroulement de la collecte de données, les choix en ce qui concerne « [...] la méthodologie et au sujet des personnes qui feront partie de l'étude, des modes de collecte de données planifiés et des stratégies d'analyse » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000, p. 178) doivent être expliqués. Les premiers choix méthodologiques qui ont été effectués visaient l'approche privilégiée.

3.1.1 – Choix de l'approche, approche qualitative aux visées interprétatives

L'approche qualitative aux visées interprétatives a été privilégiée pour plusieurs raisons. D'abord, parce que cette approche permettait à l'étudiant-chercheur d'apprendre à propos du sens global des apprentissages expérientiels des professionnels dans le contexte de la pandémie du VIH-sida grâce à des descriptions détaillées de leur logique, leurs arrangements et leurs règles implicites et explicites (Borg, Gall et Gall, 1993 ; Karsenti et Savoie-Zajc, 2000 ; Merriam, 1988 ; Miles et Huberman, 1994 ; Saint-Pierre, 1993). Puis, elle a été privilégiée, car l'étude se situe

au cœur même de la vie quotidienne des professionnels en interaction avec leurs sujets. Elle cherchera à mieux comprendre et interpréter, grâce à cette interaction, les apprentissages et les transformations ainsi que les processus d'apprentissages grâce à la collecte de données auprès de professionnels et de sujets (*voir* section 3.2), à l'aide d'un processus d'attention approfondie et de compréhension empathique (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000 ; Merriam, 1988 ; Miles et Huberman, 1994). Comme l'explique Savoie-Zajc (2000), l'approche qualitative aux visées interprétatives est « animée du désir de mieux comprendre le sens qu'une personne [le professionnel] donne à son expérience » (p. 172). Cette approche a été privilégiée puisque cette étude considère la réalité comme une construction des savoirs, celle des professionnels², mais également celles de l'étudiant-chercheur lui-même et potentiellement celle des utilisateurs des résultats. Dans cette étude, la subjectivité est reconnue comme étant au cœur de la vie sociale et son objet – les apprentissages et les processus d'apprentissage expérientiel sont conçus en termes d'action-signification des professionnels (Boutin, 2000 ; Deslauriers, 1991 ; Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1995 ; Savoie-Zajc, 1989).

Enfin, l'approche qualitative aux visées interprétatives a été privilégiée, car la pandémie du VIH-sida est un événement contemporain comportant des faits et des significations relatifs aux apprentissages et aux processus d'apprentissage expérientiel de professionnels insérés à l'intérieur de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Les faits et les significations ont été analysés et situés dans des contextes théoriques et sociaux plus larges que ceux dans lesquels s'est inscrite la relation thérapeutique professionnel-sujets (Poisson, 1990). Cela permettait de répondre aux questions du « quoi », du « comment » et du « pourquoi » (Merriam,

² Il est important de noter que la construction des savoirs, qui est l'objet de cette étude, n'est pas celle des sujets, mais bien celle des professionnels, ni celle de co-construction.

1988), c'est-à-dire, d'identifier les apprentissages, de comprendre comment ils se sont produits et de découvrir pourquoi ils se sont produits grâce à la collecte et à l'analyse de données recueillies auprès de professionnels et de sujets (*voir* section 3.2).

Plusieurs études utilisant avec succès l'approche qualitative aux visées interprétatives viennent appuyer ce choix, en particulier les études de Barrette (2008) et de Gendron (2001). L'étude de Barrette (2008), intitulée « Étude de l'explicitation de l'apprentissage informel chez des adultes dans le contexte d'une entreprise : un processus dialectique de construction située de la connaissance », cherchait à mieux comprendre la nature des processus d'apprentissage informel chez des adultes au travail et dans le contexte d'une entreprise. L'étude de Gendron (2001), intitulée « La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme », cherchait à élaborer un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique d'un groupe vulnérable et marginalisé, comme c'est le cas des prostituées, dans le contexte du VIH.

3.1.2 – Choix de la méthodologie, l'étude de cas

La méthodologie de l'étude de cas a été privilégiée, car elle cherche à rendre compte des phénomènes relatifs à un système social qui comporte ses propres dynamiques, en documentant et analysant tous les aspects d'information recueillis à partir de l'unité d'échantillonnage (Berg, 2001 ; Dufour, Fortin et Hamel, 1991 ; Fortin, Taggart, Kérouac et Normand, 1988 ; Leedy et Ormrod, 1999 ; Merriam, 1988 ; Mucchielli, 1996). Elle a également été privilégiée, car elle était la plus appropriée pour aborder les trois questions de recherche de l'étude liées à une meilleure compréhension et à une quête de sens en ce qui concerne les apprentissages expérientiels réalisés par des professionnels, l'identification et la compréhension des processus d'apprentissage expérientiel et la détermination des circonstances et du contexte qui les ont permis et favorisés. Enfin, la méthodologie de l'étude de cas a

été privilégiée, car elle permettait de produire des résultats qui seraient possiblement utiles en termes d'avancement de la pratique éducative. Des cas dans lesquels des processus d'apprentissage expérientiel étaient susceptibles d'apparaître ont été retenus (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000).

Plusieurs études utilisant avec succès la méthodologie de l'étude de cas viennent appuyer ce choix, en particulier l'étude de Barrette (2008) mentionnée précédemment. Cet auteur a mentionné avoir privilégié la méthodologie de l'étude de cas pour les raisons suivantes :

Parce que notre projet³ vise à mieux comprendre le phénomène complexe de l'apprentissage informel, dans un milieu de travail spécifique, l'étude de cas nous permettra d'étudier le phénomène en profondeur, de voir l'effet structurant de différents contextes sur lui, et de prendre en compte les dimensions multiples qui peuvent l'affecter (p. 147).

3.1.3 – Choix de la méthodologie de l'étude de cas (socio-interprétative)

La méthodologie de l'étude de cas socio-interprétative a été privilégiée puisque l'étude s'attarde aux construits des professionnels insérés dans une relation thérapeutique professionnel-sujets où la socialisation joue un rôle important dans les apprentissages expérientiels de ces derniers. Les professionnels construisent de nouveaux apprentissages grâce à leurs discussions avec leurs pairs ou leurs groupes de codéveloppement, une approche de développement pour les professionnels qui désirent apprendre les uns des autres afin d'améliorer leur pratique (Payette et Champagne, 1997).

Les professionnels construisaient également de nouveaux apprentissages influencés et même provoqués par les mouvements sociaux gais contre le VIH avec lesquels ils

³ Hamel (1997), Karsenti et Demers (2000), L'Hostie (1998 et 2002), Lave (1988a) et Merriam (1998).

étaient impliqués ou via leurs sujets puisque ceux-ci étaient impliqués ou supportés par ces mouvements, participaient aux décisions concernant leurs soins et affichaient une autonomisation grandissante. De plus, ces derniers apprenaient et se transformaient, en même temps ou même avant leurs professionnels traitants.

En somme, l'étude de cas socio-interprétative a été privilégiée, car les apprentissages et les transformations ainsi que les processus d'apprentissage expérientiel retracés dans les données de l'étude seront considérés dans le contexte social où ils se sont produits.

3.1.4 – Choix de la méthodologie (l'étude de quelques cas)

La méthodologie de l'étude de quelques cas a été privilégiée, car elle a pour objectif, comme celui de cette étude, la collecte et l'analyse de données ainsi que la découverte de convergences entre les cas tout en étudiant les particularités de chacun (Eisenhardt, 1989 ; Light, 1979 ; Merriam, 1988, 1998 ; Miles et Huberman, 1994, 2003 ; Romano, 1989 ; Raby, 2004). Cette méthodologie a été privilégiée, car elle permettait de fournir une riche description du contexte dans lequel les apprentissages et les transformations ainsi que les processus d'apprentissage expérientiel se sont déroulés et de tirer des conclusions du discours des professionnels² contribuant ainsi à l'analyse des particularités de chacun des cas. De plus, elle permettait d'identifier les comportements sociaux des professionnels. Elle permettait d'identifier les conditions selon lesquelles ces résultats se sont produits (*Ibid.*).

En somme, la méthodologie de l'étude de quelques cas a été privilégiée, car comme le mentionne Merriam (1988), « une interprétation [des résultats] fondée sur plusieurs cas peut être plus intéressante [...] que des résultats provenant d'un seul cas » (p. 154). En comparant les cas, il est également possible d'établir et d'élargir

la portée des résultats et d'identifier les conditions sous lesquelles ils se sont produits (Miles et Huberman, 1994).

Plusieurs études utilisant avec succès la méthodologie de l'étude de cas viennent appuyer ce choix, en particulier l'étude de Bergadañ (2002). L'étude de Bergadañ (2002), intitulée « L'utilisation de multi-cas d'entreprises dans un contexte de changement et de crise : compte-rendu d'expérience », cherchait à déterminer comment les mutations du marketing sont définies et mises en œuvre dans l'entreprise sous l'influence du changement et de la crise de l'environnement. Cet auteur mentionne la justification suivante pour son choix de la méthodologie de l'étude de cas. La recherche proposée :

réclame des échantillons de petite taille. En effet, la méthode (qu'elle soit de type ethnologique ou phénoménologique) doit permettre l'émergence des « lois » ou des « raisons » sous-jacentes au phénomène. Dans le contexte, le nombre de cas à réaliser pour atteindre les objectifs de travail se pose. On peut reprocher au cas unique le manque de généralisation possible, ainsi que la difficulté à valider les concepts. On peut reprocher aux études multisites, le caractère superficiel des similitudes et des différences de cas souvent descriptives. Comme nous avons considéré la possibilité de comparaison comme seul élément susceptible de permettre une conclusion de type prescriptif, nous avons opté pour la réalisation de cas multiples sur la base des mêmes axes d'investigation (p. 14).

3.2 – Méthodologie (envisagée)

Lors de la mise en œuvre de la méthodologie envisagée, cette dernière a été modifiée afin d'obtenir le maximum de données qui permettraient à l'étudiant-chercheur de décrire le phénomène à l'étude (Merriam, 1988) et de répondre aux trois questions de recherche. Voici les points de la méthodologie qui ont par la suite été modifiés. La justification pour de telles modifications se trouve à la section de la mise en œuvre de la collecte des données selon quatre vagues successives et cumulatives.

a) Définition du cas (auprès des professionnels et des sujets)

Il semblait approprié de créer trois cas. Les professionnels à l'intérieur du cas devaient avoir les caractéristiques suivantes : un nouveau professionnel traitant, un professionnel traitant depuis trois à dix ans et un professionnel traitant depuis plus de dix ans. Il avait été déterminé qu'il serait également approprié de choisir trois sujets par professionnels. Les sujets à l'intérieur du cas devaient avoir les caractéristiques suivantes : être des patients gais ayant contracté le VIH à différents moments les uns des autres et être traités par un professionnel de l'étude. De plus, un sujet sur trois devait être impliqué dans un mouvement social gai contre le VIH. Enfin, un sujet devait être nouvellement infecté (dans les derniers douze mois), un sujet devait avoir été infecté depuis un à dix ans et un sujet devait avoir été infecté depuis plus de dix ans (*voir* appendice D).

b) Lieu du recrutement des participants (cliniques spécialisées)

Il avait été décidé de recruter les professionnels et leurs sujets dans trois cliniques médicales spécialisées en prévention et traitement des ITSS et du VIH chez les hommes gais de grands milieux urbains du Canada (*voir* appendice C – Choix des participants à l'étude, et appendice D – Définition des trois cas).

c) Période couverte par l'étude (entre 1996 et 2010)

Cette étude avait privilégié la période de la pandémie située entre 1996 et 2010 compte tenu de l'arrivée, en 1996, des combinaisons d'antirétroviraux hautement efficaces. Avant 1996, les sujets qui passaient du stade de VIH à celui de sida étaient nombreux et presque certains de mourir, créant ainsi une relation thérapeutique professionnel-sujets où les professionnels et les sujets ne pouvaient rien, sauf préparer le chemin vers une mort certaine dans un laps de temps plus ou moins court.

À partir de 1996, le nombre, la variété et l'efficacité des médicaments et des traitements disponibles augmentèrent de façon significative. Les professionnels et les sujets étaient donc disposés à tout tenter pour traiter la maladie, permettant des apprentissages expérientiels différents de ceux de la période ou des années précédentes. Au fil des années, la relation thérapeutique professionnel-sujets a continué à se transformer, car le nombre de sujets qui atteignaient le stade du sida diminua considérablement. Le nombre de sujets qu'un professionnel traitait et la complexité des traitements augmentèrent considérablement. Les professionnels doivent maintenant effectuer un suivi régulier avec leurs sujets et gérer avec eux les effets secondaires et la toxicité des médicaments, en plus de l'impact que le VIH-sida a sur la qualité de vie de ces derniers (la santé mentale et le fonctionnement social et sexuel). La relation thérapeutique professionnel-sujets s'est donc constamment transformée, permettant d'autres apprentissages expérientiels. Donc, comme l'ont noté les auteurs recensés (Adelman et Frey [1997], Baxter [1997], Bayer et Oppenheimer [2000], Graveline, Robert et Thomas [1998], Hodge-Wright [2004], Johnson [1997], McCoy [2005], Piché [1997], Scannell [1999], Selwyn [1998] et Vaughn [2005]), cette période fut la plus prolifique au niveau des apprentissages expérientiels, d'une part, des professionnels, et d'autre part, des sujets.

d) Stratégies de recrutement des participants (listes)

Lors de la planification de la méthodologie initiale, plusieurs stratégies de recrutement des professionnels et des sujets avaient été envisagées. Voici en quoi elles consistaient. La production d'une liste de professionnels et de sujets répondant aux critères d'admissibilité préalablement établis et mentionnés avait été la stratégie de départ qui avait été privilégiée. Le premier contact avec les professionnels et les sujets devait l'être via courriel, puis via téléphone. Le courriel devait contenir une lettre explicative de l'étude afin de susciter l'intérêt de ces derniers. Le contact par téléphone devait avoir pour but de continuer à susciter leur intérêt, pour

potentiellement obtenir leur accord à participer à l'étude et les mettre en situation de confiance pour donner accès à toute l'information. Suite aux contacts téléphoniques, une liste de professionnels et de sujets potentiels (potentiellement intéressés à participer à l'étude) devait être produite en tenant compte des critères préalablement établis et mentionnés. En utilisant la liste de professionnels potentiels, il serait alors possible de choisir les professionnels de l'étude en tenant compte des critères additionnels, soit : choisir un professionnel par clinique, et confirmer la participation de trois de leurs sujets satisfaisant également des critères spécifiques préalablement établis et mentionnés avant d'indiquer au professionnel potentiel sa participation à l'étude. Même si un professionnel acceptait de participer à l'étude, si trois de ses sujets satisfaisant tous les critères établis et mentionnés ne pouvaient être identifiés, ce professionnel ne pourrait y participer. Enfin, il aurait fallu fixer un rendez-vous avec le professionnel choisi pour l'étude s'il satisfaisait tous les critères de sélection et qu'il était possible d'identifier et d'amener à participer à l'étude trois de ses sujets satisfaisant également les critères spécifiques. Enfin, il aurait fallu fixer un rendez-vous avec les sujets choisis pour l'étude, si ceux-ci satisfaisaient tous les critères de sélection et qu'il était possible d'identifier et d'amener à participer à l'étude leur professionnel traitant.

e) Analyse des données (unités)

Lors de la méthodologie envisagée, chaque cas devait être divisé en unités d'analyse selon le nombre d'années depuis que le professionnel traite des sujets ayant contracté le VIH (le nouveau professionnel traitant, depuis trois à dix ans et depuis plus de dix ans) et le nombre d'années depuis que le sujet a contracté le VIH (un sujet venant tout juste de contracter le VIH, l'ayant contracté il y a un à dix ans et il y a plus de dix ans), soit trois dyades par cas ou site, neuf dyades au total. Ces différentes combinaisons, unités d'analyse professionnel-sujets, devaient permettre la recension d'apprentissages et de processus d'apprentissage expérientiel selon l'unité d'analyse

et la période examinée ainsi que la compréhension du pourquoi les professionnels ont dû effectuer ces apprentissages et modifier leurs rapports et leurs schèmes de référence concernant la pratique médicale reliée au VIH dans le « contexte de la pandémie ».

3.3 – Méthodologie (réalisée)

3.3.1 – Choix du cas

Avant de procéder à la collecte de données, il est important de définir le cas ainsi que l'étendue de son territoire. De plus, il est essentiel de mentionner la période couverte par cette étude.

3.3.2 – Définitions (le cas et le territoire du cas)

Selon Miles et Huberman (2003), « un cas est défini comme un phénomène donné qui se produit dans un contexte délimité » (p. 55). Ce contexte est délimité par son noyau (là où il commence) et sa frontière (là où il s'arrête) (*Ibid.*, p. 55). C'est le territoire de l'étude. Dans cette étude, le noyau est les apprentissages expérientiels réalisés par des professionnels insérés dans une relation thérapeutique professionnel-sujets tandis que la frontière est cette même relation thérapeutique professionnel-sujets dans le contexte de la pandémie du VIH-sida.

3.3.2.1 – Acteur en situation (le professionnel médecin)

Dans cette étude, les professionnels sont des individus qui ont été admis et qui ont suivi avec succès le programme de médecine dispensé par une école de médecine canadienne dûment accréditée. De plus, les professionnels ont acquis les qualifications leur permettant d'exercer la médecine au Canada (la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation) (Hamberger, 1989).

Dans le cadre de cette étude, les professionnels (*voir* section 3.2a) seront des médecins généralistes gais spécialisés en prévention et traitement des ITSS et du VIH dans de grands centres urbains du Canada, et qui ont un certain nombre d'années d'expertise dans la prévention et le traitement d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et plus particulièrement le VIH. Bien que les professionnels soient les sujets de cette étude, ils ne porteront pas l'appellation « sujet », car pour les raisons mentionnées dans la prochaine section, ce seront leurs sujets qui seront ainsi désignés. Ceux-ci ont été privilégiés pour plusieurs raisons. D'abord, ce choix tenait compte des intérêts de recherche de l'étudiant-chercheur pour les problématiques touchant la communauté à laquelle il appartenait, la communauté gaie. Puis, ce choix tenait compte des points soulevés lors de la problématique. Les professionnels gais ont été les premiers à se mobiliser, à s'impliquer et à militer pour leurs sujets ayant contracté le VIH. De plus, ils ont été personnellement touchés par les effets funestes de la pandémie tout au long de sa trajectoire. Il était souhaité que cette proximité avec l'infection et les sujets lui conférait possiblement une perception différente et plus engagée que celle de professionnels hétérosexuels également impliqués dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH. Finalement, ils ont été choisis parce que ce sont les professionnels gais que les sujets ayant contracté le VIH allaient majoritairement consulter tout au long de la pandémie, car ils se sentaient plus à l'aise et moins jugés.

3.3.2.2 – Acteur en situation (le sujet patient)

Dans cette étude, les patients, les clients ou les sujets sont des hommes gais, dont certains appartiennent à un mouvement gai contre le VIH, ayant contracté le VIH depuis un certain nombre d'années et qui sont traités par un professionnel, tel que défini auparavant (*voir* section 3.2).

Les termes *malade*, *patient*, *client* et *bénéficiaire* « ne sont pas interchangeables, car tout dépend du contexte » (Comité québécois d'étude du français médical, 2006, p. 1). Il est donc important de définir ces termes. Le terme « malade » est employé pour définir une personne « dont la santé est altérée, qui souffre de troubles organiques ou fonctionnels » (Office québécois de la langue française, 1999, p. 1). « Mais qui rencontre son professionnel n'est pas nécessairement malade ! » (Comité québécois d'étude du français médical, 2006, p. 1). Le terme « patient » est donc employé pour définir une personne qui « a recours aux services médicaux ou paramédicaux, qu'elle soit malade ou non » (Office québécois de la langue française, 1999, p. 1). Il peut désigner « une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale de même que les femmes enceintes » (Office québécois de la langue française, 2001, p. 1). Les professionnels (médecins) et les autres professionnels de la santé « parleront volontiers de leurs patients, les premiers pour souligner qu'ils en ont la responsabilité, et les seconds pour exprimer le fait qu'ils les soignent » (Comité québécois d'étude du français médical, 2006, p. 1). Dans le domaine de la santé, lorsqu'on parle du sens actuel du mot client,

l'idée de rétribution a pris le dessus sur celui de protection (dans le sens historique). S'il apparaît difficile de parler de client d'un professionnel, il paraît possible d'évoquer le terme de clientèle pour un établissement (cabinet, clinique, hôpital, Centre local de santé communautaire), possible et même souhaitable... car le malade se préoccupe désormais de la qualité de vie au sein des établissements hospitaliers. Il attend une prestation adaptée à sa demande (hôtellerie, accueil, confort, activité [traitement]...), si bien que le critère de résultat médical n'est plus unique et le malade-patient juge en tant que malade-client au travers d'un nouveau standard de paramètre qui intègre différents éléments, tels : les services hôteliers, occupationnels, plateau technique et autres. N'oublions pas que le client a le libre choix de la structure de soins à laquelle il s'adresse. Tandis que le terme patient vient du latin « *patiens* » : celui qui supporte. Il évoque dans le sens de « malade ». De plus, initialement, le patient subissait tout, la maladie et les prescriptions. Il était réputé pour faire une confiance aveugle à son professionnel (Nicolet, Chaneac, D'Abbadie, D'Amato, Drouin, Lusignan, Maupu, Ricome, Le Bohec, Lorimy et Herbe, 1996, p. 2-3).

« Les pharmaciens et certains autres professionnels de la santé utiliseront plutôt le mot client, pour parler des personnes qui les rémunèrent pour leurs produits ou pour leurs services » (Comité québécois d'étude du français médical, 2006, p. 1).

Il est important de noter « qu'il ne faut pas confondre les termes "client" et "usager". Le client peut faire appel au professionnel de son choix, tandis que l'utilisateur ne peut généralement pas choisir le professionnel qu'il consulte » (Office québécois de la langue française, 1999, p. 1).

Le terme « usager » est fréquemment employé dans le secteur de la santé et des services sociaux. Même si on tend à employer le terme client dans les services publics, il faut se rappeler que l'utilisateur n'est pas un client dans la mesure où il n'a pas le choix de chercher le meilleur service au meilleur prix. Toutefois, on peut parler de client dans les situations où, par analogie avec le marché, une organisation gouvernementale peut proposer des biens ou des services qui entrent en concurrence les uns avec les autres dans une relation marchande. Il est important de noter que le terme usager souligne la primauté de la valeur d'usage sur la valeur d'échange (Office québécois de la langue française, 2003, p. 1).

Toutefois, à l'intérieur de cette étude, les patients « sont malades ou en traitement par un médecin pour une maladie ou une blessure » (Thomas, 1993, p. 1446) ou encore « qui reçoivent une attention médicale, y compris les personnes qui ne démontrent aucun signe de maladie, mais qui subissent des examens pour des signes de pathologie insidieuse comme par exemple des modifications de la composition chimique du sang » (*Ibid.*, p. 1446).

Ces appellations ne sont pas neutres. Lors de l'intervention de Bernard Kouchner, Secrétaire d'État à la santé lors de l'ouverture de la Journée nationale de synthèse des états généraux de la santé en France en 1999, il a mentionné que l'un des enseignements qu'il a retirés des nombreuses réunions et des débats fut le suivant : « vous [les participants à la conférence] voulez être considérés comme des personnes, des sujets, des citoyens, pas comme des malades » (Kouchner, 2001, p. 1).

Dans le cadre de cette étude, les sujets seront des patients gais ayant contracté le VIH depuis un certain nombre d'années (mais non atteint d'une maladie mentale) et qui sont traités par des professionnels. Le terme *sujet* a été choisi comme appellation pour les patients des professionnels, car s'ils sont assujettis à des évaluations, des examens et des traitements qui sont souvent sous la gouverne ou les recommandations de leurs professionnels ; mais, ils demeurent, dans cette étude, des acteurs actifs capables de s'autodéterminer, bref des sujets susceptibles d'*empowerment*.

Enfin, les sujets appartenant à un mouvement social gai contre le VIH sont d'un intérêt particulier pour cette étude, car ils ont été le premier groupe social organisé à mettre en doute les compétences des professionnels et à mettre au défi les autorités gouvernementales et médicales dans leur quête active de savoirs alternatifs, de meilleurs soins et d'une autonomisation grandissante. Ils ont ainsi acquis de nouveaux savoirs et possiblement accentué la transformation du rapport au savoir à l'intérieur de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Cette situation a possiblement permis à certains professionnels d'apprendre de façon expérientielle. Ainsi, il était souhaité que des apprentissages et des processus d'apprentissage expérientiel différents de ceux rapportés par les sujets non impliqués dans des mouvements sociaux gais contre le VIH soient identifiés (*voir* section 3.2).

Il est important de noter qu'aux fins de cette étude, les sujets actifs étaient considérés comme formateur et informateur et non les sujets de cette étude pour les raisons déjà mentionnées (*voir* section 2.4.5)². Ainsi, l'étude ne portait pas sur les sujets qui, par leurs savoirs, leurs interrogations et leur autonomisation grandissante, pouvaient possiblement transformer le rapport traditionnel professionnel-sujets, mais bien sur les professionnels en processus possible d'apprentissage et de transformation de certains de leurs rapports (perceptions) et de certains de leurs schèmes de référence ou de dé- et re-construction de savoirs. On comprendra alors que l'intérêt de l'étude

n'est pas la coconstruction de savoirs, ni le type de relation thérapeutique professionnel-sujets privilégié par les professionnels de l'étude, mais bien exclusivement l'identification et l'analyse des apprentissages expérientiels et des transformations réalisés par les professionnels de l'étude ainsi que des processus d'apprentissage expérientiels par lesquels ils ont été amenés à effectuer de tels apprentissages et transformations, dans le contexte de la pandémie du VIH. Le but de l'étude n'est pas, non plus, de faire l'adéquation entre le type de relation et les apprentissages réalisés, même si cette question est intéressante à aborder.

3.3.3 – Choix (le nombre de cas)

Faisant face à deux choix, d'une part celui d'effectuer une étude de cas dont le nombre de cas serait restreint et où chaque cas serait analysé en profondeur, et d'autre part celui d'effectuer une étude de cas où le nombre de cas serait plus imposant et où chaque cas serait analysé de façon plus superficielle, le choix d'effectuer une étude de cas dont le nombre de cas serait restreint et où chaque cas serait analysé en profondeur a été privilégié. Ce choix permettrait de jeter les premières assises là où les données sont inexistantes.

Comme le mentionnent Glaser et Strauss (1967), la taille exacte de l'échantillon dépend de l'équilibre recherché entre un besoin de compréhension en profondeur du phénomène et un besoin de définition de base de compréhension. Dans cette étude, le critère qui a surtout justifié le nombre de cas est la convenance, c'est-à-dire, le nombre de professionnels qui ont répondu au courriel qui leur avait été envoyé leur demandant de participer à l'étude (Karsenti, Larose et Garnier, 2002 ; Bergadañ, 2002). Comme pour Bergadañ (2002), et sous les conseils d'Eisenhardt (1989), le nombre de cas privilégié a été situé entre quatre et dix.

Ainsi, il était tout à fait approprié de créer six cas afin d'assurer la validité des données. Le premier cas contenait un professionnel traitant et trois sujets. Le deuxième cas contenait un professionnel traitant et trois de ses sujets. Enfin, les troisième, quatrième, cinquième et sixième cas contenaient respectivement chacun un professionnel traitant (*voir* section 3.2) (*voir* figure 3.1).

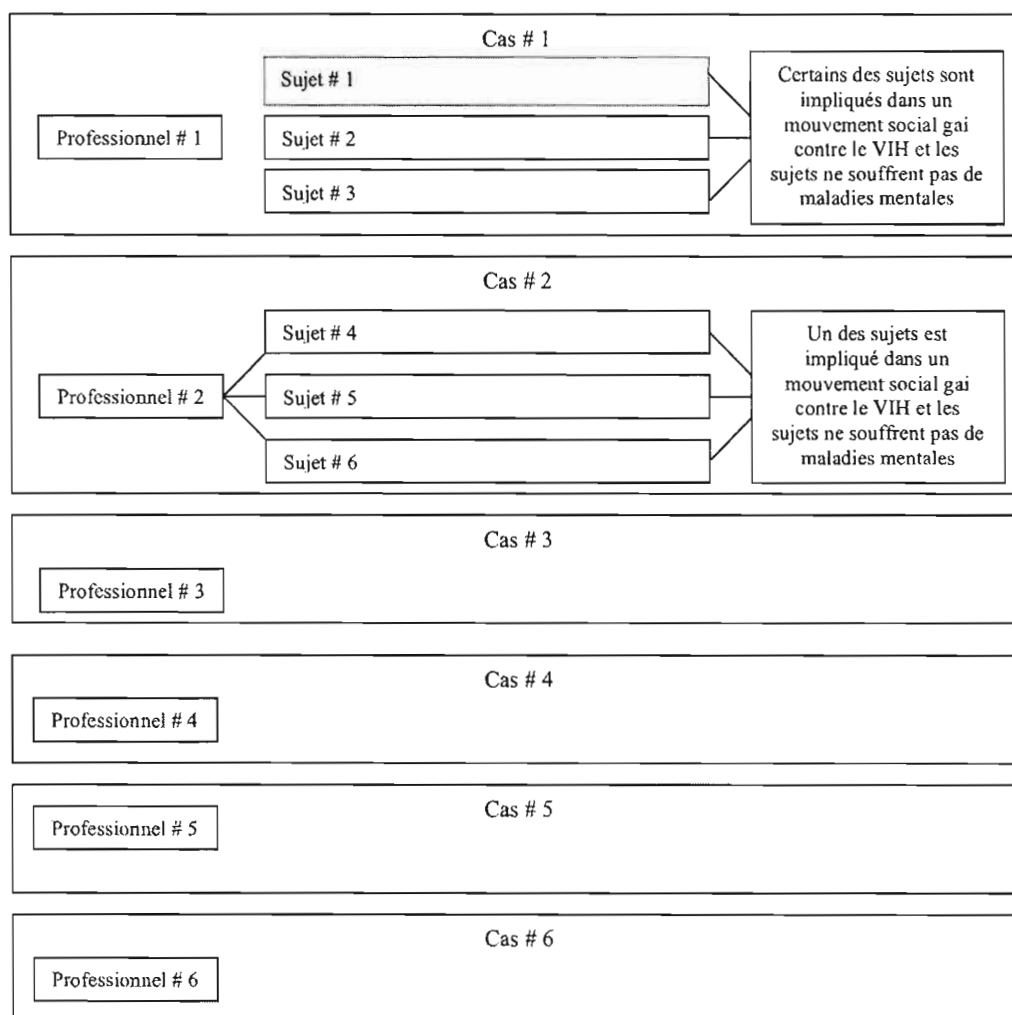


Figure 3.1 – Définition des six cas de l'étude

3.3.4 – Choix (la période couverte par l'étude)

C'est la période complète, du début de la pandémie (vers 1981) à ladite chronicité du VIH (vers 1998 jusqu'aujourd'hui), qui a été retenue aux fins de cette étude puisque les professionnels rencontrés possédaient une importante expérience de toute la période en question et qu'ils ont eux-mêmes souvent fait référence à des apprentissages expérientiels réalisés lors du début de la pandémie jusqu'à ladite chronicité du VIH (voir section 3.2).

3.4 – Choix (les outils de collecte de données)

La collecte de données est une phase importante de l'étude de cas. Elle peut être accomplie en utilisant des données provenant de multiples sources, comme les études ou recherches documentaires (les statistiques et les récits de vie). La collecte de données peut également être accomplie grâce à l'utilisation de multiples outils, comme l'observation, l'entrevue (l'entretien), le questionnaire et le journal de bord (Stake, 1995 ; Merriam, 1988). Comme le mentionne Merriam (1998), les données provenant des sources et des outils susmentionnés feront partie ou non de l'étude selon l'intérêt de celles-ci et la perspective que l'étudiant-chercheur désire lui donner.

Data are nothing more than ordinary bits and pieces of information found in the environment. They can be concrete and measurable, [...] or invisible and difficult to measure, [...]. Whether or not a bit of information becomes data in a research study depends solely on the interest and perspective of the investigator (Merriam, 1998, p. 69).

Les particularités de l'étude et celles intrinsèques à la relation thérapeutique professionnel-sujets permettent d'éliminer d'emblée certaines sources de données. D'une part, les données statistiques n'ont pas été retenues pour cette étude. Toutefois, lorsqu'il y en avait, elles n'ont pas été analysées en profondeur puisque les résultats de l'analyse n'aideraient en aucun point l'atteinte des objectifs de

l'étude. Elles sont tout de même venues enrichir les sections concernant le contexte de la pandémie du VIH-sida et la problématique.

Les récits de vie de professionnels qui ont vécu et travaillé tout au long de la pandémie du VIH-sida, colligés au début de l'étude, ont surtout été utilisés pour produire et préciser les catégories préliminaires à l'analyse des données de cette étude et pour bonifier les commentaires et suggestions apportés lors de la section qui couvre la discussion sur les résultats de l'étude.

Les particularités de l'étude et celles intrinsèques à la relation thérapeutique professionnel-sujets ont permis d'éliminer d'emblée l'observation. Il n'a pas été possible d'observer ou de filmer la relation thérapeutique professionnel-sujets dans le but d'en extraire les apprentissages, les transformations et les processus d'apprentissage expérientiel des professionnels étant donné la sensibilité de la relation thérapeutique professionnel-sujets dans le contexte de la pandémie du VIH. De plus, le nombre d'heures pendant lesquelles il faudrait observer cette même relation avant qu'un apprentissage expérientiel ne se produise et que des processus d'apprentissage expérientiel soient mis à jour rend la stratégie de l'observation impraticable. Pour sa part, le questionnaire a seulement été utilisé afin d'obtenir des faits relatifs aux sujets et aux professionnels de l'étude – une fiche signalétique. Il n'a pas été utilisé à d'autres fins, car les objectifs poursuivis par cette étude ne convenaient pas à son utilisation. Il était plus pertinent d'utiliser l'entretien afin que les professionnels et les sujets puissent communiquer facilement l'information qui allait permettre l'identification, la description et l'analyse détaillées des apprentissages et des transformations réalisés par des professionnels ainsi que les processus par lesquels ils ont effectué de tels apprentissages et transformations.

Toutefois, les particularités de l'étude et celles intrinsèques à la relation thérapeutique professionnel-sujets ont permis d'utiliser les trois autres outils de collectes de données qui suivent, soit : la fiche signalétique, l'entretien et le journal de bord.

3.4.1 – Questionnaire (la fiche signalétique)

La fiche signalétique est le premier outil de collecte de données qui a été privilégié pour cette étude. Avant même de produire la grille d'entretien⁴, une fiche signalétique a été produite. La fiche signalétique contenant des questions de style fermé (*voir* appendice B, Outil 2 : Fiche signalétique – Sujets ; Outil 4 : Fiche signalétique – Professionnels) a été réalisée afin de récolter des informations spécifiques communes, d'une part, à tous les sujets (*voir* section 3.2) et, d'autre part, à tous les professionnels. Cette fiche a également servi à la réalisation du tableau 3.1 intitulé Présentation des professionnels participant à l'étude.

3.4.2 – Entretien (les stratégies et le mode)

L'entretien, « une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement afin de partager un savoir d'expertise » (Savoie-Zajc, 1997, p. 181), est le deuxième outil de collecte de données qui a été privilégié pour cette étude puisqu'il permettait de mieux identifier les apprentissages et les transformations (le premier objectif de l'étude) ainsi que de mieux comprendre les processus et les motivations des apprentissages expérientiels (les deuxième et troisième objectifs, chez les professionnels impliqués dans l'étude). Il permettait de recueillir des

⁴ Pour des fins de simplicité et pour alléger le texte, le terme *entretien* sera utilisé à partir de ce point. Il est tout de même clair qu'il s'agit d'un entretien personne à personne semi-dirigé.

données essentielles sur les trois questions de recherches, dans le contexte de la pandémie du VIH-sida (Savoie-Zajc, 1997 ; Tremblay, 1968).

a) Entretien (de personne à personne ou de groupe)

L'entretien peut être effectué selon deux stratégies distinctes, soit auprès d'une seule personne (personne à personne) ou d'un groupe de personnes grâce à un interlocuteur (le groupe focus) (Krueger et Casey, 2009 ; Savoie-Zajc, 1997).

L'entretien personne à personne est le mode de collecte de données qui a été privilégié puisque l'objet de recherche à l'étude comportait une grande sensibilité et que les comportements, les sentiments, les pensées, les intentions ainsi que les apprentissages et les processus d'apprentissage expérientiel à l'intérieur de la relation thérapeutique professionnel-sujets ne pouvaient être observés ou enregistrés sur bande vidéo lors de leurs interactions avec leurs sujets. Les entretiens ont tout de même été enregistrés sur bande sonore. De plus, ce mode de collecte de données a été privilégié puisque l'intérêt de cette étude portait sur l'analyse en profondeur des apprentissages, des transformations et des processus d'apprentissage expérientiel qui sont maintenant plus du domaine du passé que de celui du présent (Merriam, 1988). Enfin, ce mode de collecte de données a été privilégié à celui de l'entretien de groupe focalisé (*focus group*), car cette étude tentait de recueillir des données sensibles susceptibles de porter préjudice à l'un des professionnels si elles étaient partagées au sein d'un groupe (par ex. : leur identité ainsi que les propos qu'ils ont tenus concernant l'euthanasie).

b) Entretien (personne à personne non dirigée, semi-dirigée ou dirigée)

L'entretien personne à personne peut être effectué selon trois modes, soit : non dirigé, semi-dirigé ou dirigé selon « le degré de liberté laissé aux interlocuteurs et le

niveau de profondeur de l'échange » (Savoie-Zajc, 1997, p. 181 ; Mayer et Ouellette, 1991, p. 308).

Le degré de liberté se traduit dans la présence de questions et leur forme, alors que le niveau de profondeur s'exprime dans la richesse et la complexité des réponses. C'est en définitive l'objectif à atteindre qui déterminera la liberté laissée au (étudiant-) chercheur et à la personne interrogée ainsi que la profondeur des informations à recueillir, c'est-à-dire, le type d'entrevue à utiliser (Mayer et Ouellette, 1991, p. 308).

L'entretien semi-dirigé est le mode de collecte de données qui a été privilégié, où « l'[étudiant-] chercheur et l'interviewé [le professionnel et le sujet²] se trouvent dans une situation d'échange plus contrôlée [...] » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000, p. 181). Le contrôle provient du fait que l'étudiant-chercheur utilise un canevas ou une grille d'entretien contenant une série de thèmes à aborder pendant la rencontre. La série de thèmes sert à centrer les propos. Elle provient de l'objet et des objectifs de l'étude, des cadres théorique et conceptuel aussi bien que des questions de recherche (*Ibid.* ; Mayer et Ouellet, 1991).

Plusieurs études de cas, ayant bénéficié d'un arbitrage, utilisent avec succès la stratégie de l'entretien personne à personne semi-dirigé dans la formulation de leur méthodologie. Celles-ci viennent donc appuyer ce choix de stratégie pour cette étude, en particulier les études de Honey et Moeller (1990), Power (2005) et Stuhlmann (1994). L'étude de Honey et Moeller (1990), intitulée « *Teachers' Beliefs and Technology Integration: Different Values, Different Understandings* », cherchait à déterminer s'il y avait une relation entre les objectifs éducatifs, les croyances et les pratiques pédagogiques d'enseignants du primaire et du secondaire en regard de l'utilisation des ordinateurs dans leur classe. Pour y parvenir, les auteurs ont conduit des entretiens personne à personne semi-dirigés effectués auprès de vingt enseignants qui utilisaient ou n'utilisaient pas les ordinateurs dans leurs salles de classe.

L'étude de Power (2005), intitulée « Le design pédagogique dans un contexte de bimodalisation de l'enseignement supérieur : une étude de cas », cherchait à développer un modèle prototype de design approprié à une université en voie de bimodalisation. Pour y parvenir, l'auteur a effectué des entretiens personne à personne semi-dirigés effectués auprès de dix professeurs d'université traditionnelle en voie de bimodalisation qui développent leurs cours en vue de les diffuser à distance par le biais des technologies de l'information et de la communication.

Pour sa part, l'étude de Stuhlmann (1994), intitulée « *Circumstances and Experiences that Lead to Incorporating Telecommunications into Teaching Practice* », cherchait à décrire les circonstances et les événements ayant amené des enseignants à intégrer ou non les télécommunications (c'est-à-dire, un projet sur le Web « *Electronic Academic Village Project* ») à leur enseignement. Afin de rencontrer les objectifs de son étude, Stuhlmann (1994) a effectué des entretiens personne à personne semi-dirigés effectués auprès de six enseignants.

3.4.2.1 – Outils de collecte des données (les grilles d'entretien)

Afin de s'assurer d'obtenir les réponses désirées aux questions de recherche, deux grilles d'entretien distinctes préétablies, mais non contraignantes, ont été créées et utilisées, d'une part pour les sujets, et d'autre part, pour les professionnels de l'étude. Chaque grille contenait différents types de questions. Selon Merriam (1998),

[...] the interview guide will probably contain several specific questions that you want to ask everyone, some more open-ended questions that could be followed up with probes, and perhaps a list of some areas, topics, and issues that you want to know more about but do not have enough information about at the outset of your study to form specific questions (Merriam, 1998, p. 82).

Toutefois, chaque grille contenait une série de thèmes contenant des questions de style ouvert (voir appendice B, Outil 3 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Sujets, et Outil 5 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Professionnels) afin de récolter des

informations qui permettaient de répondre aux questions de recherche (*voir* Retour sur les questions de recherche de l'étude).

Chaque grille d'entretien contenait également certaines questions qui ont servi à ramener l'entretien vers le but à atteindre ou afin d'approfondir une thématique, telles que :

- Sous la question de recherche concernant les apprentissages et les transformations réalisés :
 - Qu'est-ce que vous (le professionnel) avez dû apprendre grâce à tel ou tel sujet (patient) ?
- Sous la question de recherche concernant les processus d'apprentissage expérientiels en action :
 - Comment avez-vous (le professionnel) effectué tel ou tel apprentissage ?
 - Comment êtes-vous (le professionnel) parvenu à corriger ou améliorer votre expertise concernant le VIH-sida, à valider vos nouvelles perceptions, rapports et schèmes de références ?
- Sous la question de recherche concernant les moteurs, facteurs ou conditions ayant provoqué de tels apprentissages ou de telles transformations :
 - Pourquoi avez-vous (le professionnel) dû effectuer tel ou tel apprentissage ?

Enfin, plusieurs études de cas utilisant avec succès une grille d'entretien lors de la réalisation des entretiens personne à personne semi-dirigés viennent appuyer ce choix, en particulier l'étude d'Isola, González, Oreggioni et Pastorini (2005). Cette étude, intitulée « Les fonctions, actions et contributions des coopératives en milieu

rural sur le développement local durable », cherchait à décrire les actions et les contributions des coopératives en faveur du développement local durable. Pour y parvenir, ces auteurs ont préparé un cadre de travail (une grille de discussion) en fonction des thèmes de l'étude. Ce cadre de travail a servi à mieux centrer les discussions.

3.4.2.2 – Outil de collecte des données (le journal de bord)

Le journal de bord (un document personnel auquel peut se référer l'étudiant-chercheur) est le troisième outil de collecte de données qui a été privilégié. Il a été privilégié pour les quatre raisons suivantes. D'abord, il a aidé l'étudiant-chercheur à demeurer réflexif tout au long de l'étude. Puis, il a fourni un lieu de prédilection pour exprimer et consigner ses interrogations, ses prises de conscience ainsi que ses activités, ses impressions, ses sentiments, ses découvertes ou toutes autres remarques qu'il jugeait pertinentes, c'est-à-dire, ce qui le tracassait et l'assaillait pendant la recherche. Troisièmement, il a permis à l'étudiant-chercheur de retrouver la dynamique du terrain et de reconstituer les atmosphères qui ont prévalu pendant l'étude. Enfin, il lui a fourni de précieux rappels lorsque est venu le temps d'analyser les données et de rédiger le rapport final de l'étude (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000 ; Legendre, 2005).⁵

3.5 – Stratégies de recrutement (les professionnels et les sujets)

Lors du recrutement des professionnels et des sujets, plusieurs choix ont dû être effectués. Il a fallu choisir entre l'utilisation d'une méthode probabiliste ou

⁵ Le journal de bord n'a pas fait partie des données de l'étude et ne se retrouve pas dans le rapport final de l'étude. Il a été un document de référence personnel et confidentiel.

intentionnelle, le moment et le lieu du recrutement, ainsi que les outils de recrutement.

3.5.1 – Recrutement (l'approche probabiliste ou intentionnelle)

Le recrutement des professionnels et des sujets aurait pu être accompli de différentes façons, soit selon la méthode probabiliste ou intentionnelle (non probabiliste) (Merriam, 1998). Comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2000),

traiter de l'échantillon, c'est s'arrêter au choix des personnes invitées à faire partie de l'étude. Dans une étude qualitative/interprétative, ce choix est intentionnel, c'est-à-dire, que le chercheur planifie un ensemble de critères, provenant du cadre théorique afin d'avoir accès, pour le temps de l'étude, à des personnes qui partagent certaines caractéristiques (p. 178).

Cette étude a privilégié une approche intentionnelle lors du recrutement des professionnels et des sujets puisqu'elle n'avait pas comme objectif la généralisation des résultats au sens statistique. Elle cherchait plutôt à satisfaire les critères rigoureux d'équilibre, de potentiel de découverte, d'objectivité et de variété maximale (Eisenhardt, 1989 ; Eisenhardt et Bourgeois, 1988 ; Gersick, 1988 ; Glaser et Strauss, 1967 ; Harris et Sutton, 1986 ; Hlady Rispal, 2002a, 2002b ; Karsenti et Savoie-Zajc, 2000 ; Merriam, 1998 ; Miles et Huberman, 1994, 2003 ; Van der Maren, 1995) des expériences. Plusieurs études utilisant avec succès le recrutement des informateurs de façon intentionnelle viennent appuyer ce choix, en particulier les études de Power (2005) et Stuhlmann (1994). Power (2005), dont l'étude a déjà été présentée, mentionne que :

l'échantillon retenu est de type non probalistique et intentionnel, une technique d'échantillonnage qui ne vise pas la généralisation des résultats, où la probabilité qu'un sujet ou une unité soit sélectionnée est inconnue ou impossible à déterminer et où les sujets sont sélectionnés sur la base de critères très spécifiques (Deslauriers, 1991 ; Palys, 1997 ; Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997) (p. 3).

Pour sa part, Stuhlmann (1994), dont l'étude a également déjà été présentée, mentionne avoir spécifiquement demandé à six enseignants de participer à son étude.

Les stratégies de recrutement ont exigé, comme le mentionne Merriam (1988), de se poser les questions suivantes : « quand s’effectuera le recrutement ? », « où s’effectuera-t-il ? » et « comment s’effectuera-t-il ? ».

3.5.2 – Recrutement (le choix du moment)

Cette étude a privilégié de recruter des professionnels et des sujets entre 2008 et 2009 tout en tenant compte de différentes variables dont les principales concernaient la disponibilité des outils de collecte de données, le temps nécessaire au recrutement des participants à l’étude et la disponibilité de ceux-ci à participer à un entretien semi-dirigé.

3.5.3 – Recrutement (le choix du lieu)

Cette étude a privilégié recruter (*voir* section 3.2.1) des professionnels provenant de cliniques médicales spécialisées en prévention et traitement des ITSS et du VIH-sida chez les hommes gais de grands milieux urbains du Canada et des sujets provenant des mêmes cliniques, mais non nécessairement traités par les professionnels recrutés pour l’étude (*voir* section 3.2) (*voir* figure 3.1). Ces cliniques ont été privilégiées pour plusieurs raisons. D’abord, elles étaient spécialisées dans le traitement de sujets – patients gais ayant contracté le VIH. Elles étaient le lieu où pratiquaient des professionnels traitant ces sujets. De plus, elles étaient le lieu où convergeaient de nombreux professionnels et sujets et où se concentraient des expertises, des connaissances et la mémoire collective de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida des années 1980 à nos jours. Enfin, ces cliniques spécialisées semblaient offrir un éventail plus important d’apprentissages expérientiels réalisés par les professionnels et une compréhension et une connaissance plus en profondeur des processus d’apprentissage expérientiel par lesquels ils ont été amenés à réaliser de tels apprentissages.

3.5.4 – Recrutement (les stratégies proprement dites)

Le recrutement des professionnels et des sujets a été réalisé de la façon suivante (*voir* section 3.2). Une liste de professionnels et de sujets dressée via l'aide du comité de direction a été utilisée. Cette liste a initialement permis à l'étudiant-chercheur d'identifier un professionnel et trois sujets. Puis, elle lui a permis d'identifier un professionnel qui a, à son tour, identifié trois de ses sujets. Finalement, cette même liste lui a permis d'identifier quatre autres professionnels, aux fins de cette étude. Certains professionnels et sujets ont été identifiés selon des critères plus larges que ceux spécifiés lors de l'élaboration initiale de la méthodologie. D'une part, tous les professionnels comptaient une vaste expérience de la pandémie du VIH-sida puisqu'ils traitaient des sujets depuis de nombreuses années. D'autre part, les sujets, traités ou non par un professionnel de l'étude, comptaient une vaste expérience de la pandémie puisqu'ils avaient majoritairement contracté le VIH il y a plusieurs années. De plus, certains possédaient une importante connaissance des mouvements sociaux gais contre le VIH puisqu'ils y étaient impliqués depuis un bon moment tout en étant porteurs du VIH ou avant même d'avoir contracté le VIH.

Par la suite, le premier contact avec les professionnels et les sujets a été réalisé via courriel, puis via téléphone. Le courriel contenait une lettre explicative de l'étude (*voir* appendice B) afin de susciter l'intérêt de ces derniers. Le contact par téléphone avait d'abord pour but de continuer à susciter leur intérêt afin d'obtenir leur accord à participer à l'étude. De plus, le contact téléphonique avait pour but de les mettre en situation de confiance pour donner accès à toute l'information. Enfin, un rendez-vous a été fixé avec les professionnels et les sujets choisis pour l'étude, s'ils satisfaisaient tous les critères de sélection.

Afin de conserver l'anonymat des six professionnels et des six sujets qui ont accepté de participer à l'étude, lors de l'entretien et de la présentation des données, un

pseudonyme leur a été attribué. Toutefois, le tableau 3.1, intitulé Présentation des professionnels participant à l'étude, ne présente que les professionnels médecins puisque les entretiens effectués auprès des sujets patients n'ont pas été analysés (voir appendice F).

Tableau 3.1 – Présentation des professionnels participant à l'étude

Nom fictif des professionnels médecins (Docteur)	Âge moyen	Nombre moyen d'années d'expérience auprès des PVVIH	Nombre de sujets suivis en moyenne par professionnel	Lieux de pratique
Antoine	48 ans	19 ans	200 sujets	Principalement dans des cliniques privées et des centres de santé publique
Bernard				
Claude				
Denis				
Edgar				
François				

3.6 – Collecte de données (le déroulement)

Effectuer la collecte de données de l'étude de cas socio-interprétative implique la mise en œuvre des choix méthodologiques préalablement élaborés ainsi que des stratégies mentionnées tout au long de cette section, et ce, lors des quatre différentes vagues successives et cumulatives de collectes de données (voir figure 3.2). Ces étapes ont permis, au fur et à mesure de l'analyse, de valider la grille d'entretien et de préciser les questions utilisées lors des entretiens semi-dirigés. Suite à la troisième vague, une quatrième vague a été ajoutée, et s'est avérée suffisante pour combler le manque de données sur différentes thématiques de la grille d'entretien. Les entretiens avec les sujets ont eu surtout une fonction exploratoire.

3.6.1 – Déroulement (des entretiens personne à personne)

Cette section aborde le déroulement général des entretiens personne à personne peu importe la vague de collecte de données ainsi que le déroulement des différentes vagues successives et cumulatives de collecte de données.

3.6.1.1 – Déroulement (la mise en confiance en début d'entretien)

Avant même de commencer l'entretien, comme le mentionne Brimo (1972), l'étudiant-chercheur a tenté de vaincre le système de défense des sujets et des professionnels en établissant l'atmosphère dans laquelle ils se sont sentis assez en confiance pour parler librement de leurs connaissances, leurs expériences et leurs pensées concernant les questions de recherche de l'étude. De plus, l'étudiant-chercheur a expliqué aux professionnels et aux sujets de l'étude que ce n'était pas important s'ils n'avaient rien à dire sur une thématique en particulier, car cette démarche n'engageait en rien leurs compétences. Il leur a également indiqué qu'il était toujours possible de revenir sur des thèmes déjà mentionnés à la fin de l'entretien ou plus tard si de nouvelles informations leur semblaient importantes à mentionner.

3.6.1.2 – Déroulement (l'enregistrement des entretiens)

Puisqu'il a été préalablement déterminé que la relation thérapeutique professionnel-sujets ne serait pas filmée, tous les entretiens ont été enregistrés sur bande sonore suite au consentement des professionnels et des sujets. Ces enregistrements sont demeurés confidentiels, car ces derniers contenaient des informations sur des situations interpersonnelles hautement sensibles.

3.6.1.3 – Déroulement (la collecte de données)

L'étudiant-chercheur a commencé l'entretien en introduisant un thème (une question). Pour les professionnels, il a ouvert l'entretien en leur demandant de parler de leurs connaissances ou manque de connaissances et leurs expériences dans le traitement de sujets, les moments forts vécus dans leurs pratiques au fil de la pandémie du VIH-sida. L'étudiant-chercheur a utilisé des phrases de renforcement afin d'inci-

ter les sujets et les professionnels à répondre. De plus, il a cherché à obtenir des réponses complètes en posant les mêmes questions sur différents angles. L'étudiant-chercheur a décidé du moment où il était nécessaire de passer à un autre thème ou de tenter d'obtenir plus d'information via d'autres questions de renforcement.

La façon dont les thèmes (*voir* appendice B : Grille d'entretien semi-dirigé – Professionnel) étaient amenés et les questions formulées ainsi que l'ordre dans lequel les thèmes apparaissaient n'ont pas été arrêtés ou fixés d'avance puisque moins d'importance était accordée à l'uniformisation qu'à l'information elle-même (Merriam, 1998). La séquence des thèmes était choisie selon le bon jugement de l'étudiant-chercheur tout en essayant le plus possible de couvrir tous les thèmes indiqués sur sa grille.

L'entretien se terminait par une question ouverte afin de permettre aux professionnels d'ajouter immédiatement d'autres informations, s'ils en avaient le goût, ou à un autre moment, si nécessaire. Puis, l'étudiant-chercheur a indiqué aux professionnels les prochaines étapes majeures de l'étude, en terme général, soit : la production, le traitement, l'analyse, la présentation des résultats, la discussion ainsi que la rédaction du rapport final. Finalement, l'étudiant-chercheur a remercié les professionnels pour toute l'information qu'ils ont volontairement bien voulu partager.

Les entretiens avec les professionnels visaient à établir la liste des apprentissages expérientiels et des transformations de certains de leurs rapports (perceptions) et certains de leurs schèmes de référence réalisés, identifier les processus d'apprentissage expérientiel par lesquels ces mêmes professionnels ont été amenés à réaliser de tels apprentissages et de telles transformations grâce à leurs sujets et à tenter de déterminer les moteurs, facteurs ou conditions qui ont amené les

professionnels à réaliser de tels apprentissages et de telles transformations et mettre en action de tels processus tout au long de la pandémie du VIH-sida.

3.6.2 – Collecte de données (quatre vagues successives et cumulatives)

La collecte de données s'est effectuée lors de quatre vagues successives et cumulatives (*voir* figure 3.2). La première vague (*voir* tableau 3.3), appelée la phase de l'évaluation pilote, est, dans cette étude, la phase de validation des grilles d'entretien effectués auprès des sujets et des professionnels respectivement, tout en commençant la collecte de données (*voir* section 3.2).

La collecte de données s'est effectuée, d'abord, auprès de trois sujets et d'un professionnel provenant de différentes cliniques. La deuxième vague (*voir* figure 3.4) a poursuivi la collecte de données auprès d'un professionnel et de trois de ses sujets, suite aux modifications proposées, par les sujets, les professionnels et le comité de direction, aux grilles d'entretien, lors de la première vague. La troisième vague (*voir* figure 3.5) a poursuivi la collecte de données auprès de trois professionnels provenant de différentes cliniques, suite aux modifications proposées, par les professionnels et le comité de direction, à la grille d'entretien des professionnels, lors de la deuxième vague. La dernière vague (*voir* figure 3.6) a poursuivi la collecte de données auprès d'un seul professionnel provenant d'une clinique, suite aux modifications proposées, par les professionnels et le comité de direction, à la grille d'entretien des professionnels, lors de la troisième vague (*voir* section 3.2).

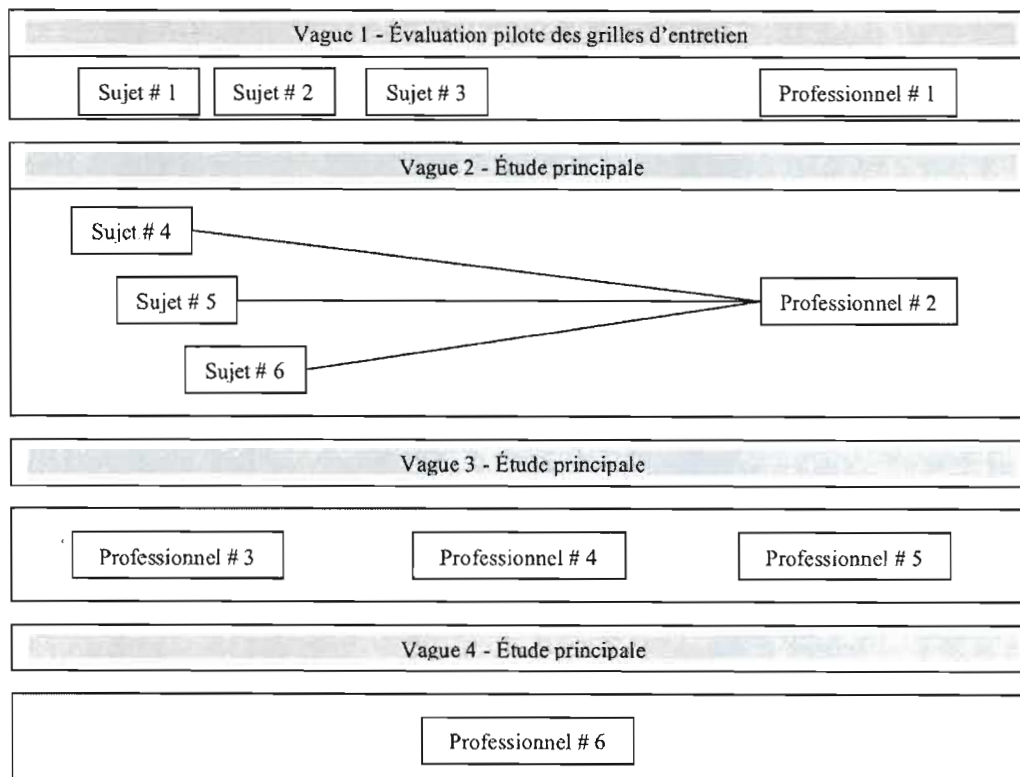


Figure 3.2 – Identification des quatre vagues de la collecte de données

3.6.2.1 – Première vague (trois sujets, un professionnel)

Telle qu'illustrée par le tableau 3.2, la première vague de la collecte de données a servi, comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2000), d'évaluation pilote auprès de trois sujets et un professionnel. L'évaluation pilote a visé à valider les thématiques et les questions des grilles d'entretien destinées aux sujets et aux professionnels respectivement et de la procédure planifiée.

Tableau 3.2 – Identification de la première vague de la collecte de données (trois sujets et un professionnel)

Vague 1 – Évaluation pilote des grilles d’entretien	
Trois sujets	Un professionnel
Gustave Hector Ivan	Antoine ⁽¹⁾

(1) Les patients Gustave, Hector et Ivan ne sont pas nécessairement les sujets du Docteur Antoine.

Toutefois, il est important de rappeler que les sujets de cette vague n’étaient pas nécessairement les sujets du professionnel et que tous ont été personnellement ciblés pour permettre l’évaluation des grilles d’entretien respectives étant donné leur expertise, leurs connaissances du domaine et leur engagement personnel à la lutte, la prévention ou le traitement du VIH-sida.

D’une part, trois entretiens d’une durée d’environ une heure chacun ont été planifiés et réalisés avec les trois sujets (les sujets Gustave, Hector et Ivan) de cette vague. Les entretiens ont eu lieu dans un local fermé de l’Université du Québec à Montréal où l’anonymat des sujets pouvait être assuré. Les analyses préliminaires manuelles puis informatisées de la retranscription des entretiens (le *verbatim*)⁶ des sujets ont été effectuées avant de passer à l’entretien avec le professionnel.

D’autre part, c’est un entretien d’une durée d’un peu moins d’une heure qui a été planifié et réalisé avec le professionnel (le Docteur Antoine) étant donné les contraintes du milieu de collecte de données. L’entretien a eu lieu dans son bureau à la clinique médicale. Suite à l’entretien, la retranscription intégrale de l’enregistrement sur bande sonore a été effectuée ; ensuite, les analyses préliminaires manuelles puis

⁶ Verbatim est un mot qui vient du latin *verbum*, lequel désigne un mot. Employé comme adverbe, il signifie « textuellement », « mot pour mot » ou encore « texto ». Employé comme nom commun (au masculin), il désigne une citation textuelle, mot à mot d’une allocution ou d’un discours.

informatisées de la retranscription des entretiens avec le professionnel ont été effectuées avant de passer à l'analyse du cas.

Suite aux analyses manuelles puis informatisées de la retranscription des entretiens du cas, il semble que les quatre entretiens de la première vague contenaient à la fois de riches données ainsi que des commentaires et des suggestions concernant la formulation des thématiques à l'intérieur des grilles d'entretien, d'une part destinées aux sujets, et d'autre part destinées aux professionnels. Ceux-ci provenaient à la fois de la retranscription des entretiens effectués auprès des sujets et du professionnel ainsi que de la rétroaction fournie par le professionnel suite à la lecture du compte-rendu de son entretien.

Les commentaires et les suggestions fournis concernaient la nécessité de modifier la façon dont les questions à l'intérieur des thèmes de la grille d'entretien étaient formulées. Elles devraient être formulées de façon moins hermétique. Ces commentaires et ces suggestions ont servi à ajuster la formulation des questions à l'intérieur des thèmes de la grille d'entretien de la façon suivante. Une terminologie plus souple a été utilisée lors de la reformulation des questions à l'intérieur de chaque thème permettant une plus grande ouverture au domaine à l'étude (*voir* appendice B, Outil 3 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Sujet, Outil 5 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Professionnel, Outil 6 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Sujet, et Outil 7 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Professionnel).

Les trois entretiens effectués auprès des sujets ont servi à dresser une liste provisoire des apprentissages expérientiels et des transformations à certains rapports (perceptions) et certains schèmes de référence qu'ils pensaient que leur professionnel avait dû réaliser grâce à leurs sujets. L'entretien effectué auprès du professionnel a servi à bonifier la liste des apprentissages expérientiels et transformations à certains

rapports (perceptions) et certains schèmes de référence préalablement débutée grâce aux entretiens avec les trois sujets. Il a également servi à identifier certaines composantes des processus d'apprentissage expérientiel par lesquels il a été amené à réaliser de tels apprentissages et de telles transformations. De plus, il a servi à identifier des moteurs, facteurs ou conditions pour effectuer ces mêmes apprentissages et transformations et les processus par lesquels il a été amené à réaliser de tels apprentissages et transformations. Finalement, ces quatre entretiens ont servi à déterminer la justesse des thématiques des grilles d'entretien et la pertinence de la stratégie de collecte de données envisagée, d'une part auprès des sujets, et d'autre part auprès des professionnels. Voici un exemple de la reformulation d'une question d'une thématique à l'intérieur de la grille d'entretien destinée aux sujets et aux professionnels, respectivement.

Formulation d'une question d'une thématique de la grille d'entretien avant l'évaluation pilote (grille d'entretien des sujets)

« Au cours de la période pendant laquelle vous avez été suivi pour le VIH, plusieurs connaissances, pratiques ou savoirs sont devenus désuets, contradictoires ou ambigus » (Exemple tiré de la première grille d'entretien destinée aux sujets).

Formulation d'une question d'une thématique de la grille d'entretien suite à l'évaluation pilote (grille d'entretien des sujets)

« Alors, depuis tes premières rencontres avec ton médecin, raconte-moi ce que tu penses que tu as apporté à ton médecin aux niveaux personnel et professionnel en lien avec le VIH » (Exemple tiré de la deuxième grille d'entretien destinée aux sujets).

Formulation d'une question d'une thématique de la grille d'entretien avant l'évaluation pilote (grille d'entretien des professionnels)

« Au cours des nombreuses années pendant lesquels vous avez exercé votre métier, plusieurs connaissances, pratiques ou savoirs sont devenus désuets contradictoires ou vêtus à cause du VIH, pourriez-vous me parler de ces connaissances, pratiques ou savoirs en rapport avec vos patients gais et au VIH ? » (Exemple tiré de la première grille d'entretien destinée aux professionnels).

Formulation d'une question d'une thématique de la grille d'entretien suite à l'évaluation pilote (grille d'entretien des professionnels)

« Alors, je voudrais que tu me parles de tes patients gais ayant contracté le VIH et des choses qu'ils t'ont apportées aux niveaux personnel ou professionnel » (Exemple tiré de la deuxième grille d'entretien destinée aux professionnels).

Il était prévu de commencer l'étude par des entretiens effectués auprès des sujets afin qu'ils indiquent certains apprentissages expérientiels qu'ils croyaient que leur professionnel respectif avait dû effectuer grâce à eux. Tout au long de ces entretiens, un constat est apparu et a été noté au journal de bord. Il était très difficile de faire parler les sujets à propos de ce que leurs professionnels avaient dû apprendre grâce à eux. Lors de l'analyse préliminaire des entretiens effectués auprès des trois premiers sujets, il a été constaté que les dires des sujets reposaient principalement et presque exclusivement sur des impressions, des perceptions et des suppositions lorsqu'il s'agissait d'identifier les apprentissages expérientiels que leur professionnel respectif avait dû effectuer grâce à eux. Certains ont même mentionné qu'il serait plus à propos de questionner directement les professionnels sur leurs apprentissages expérientiels, car les sujets pouvaient seulement mentionner les impressions et les perceptions qu'ils détenaient ainsi que les suppositions qu'ils élaboraient.

« Ce qui m'intéresse c'est ce que ton médecin a appris de toi (Interviewer) ». « Pourquoi ne lui demandes-tu pas ? » (Sujet Justin).

Puisqu'il avait déjà été planifié d'effectuer des entretiens auprès de trois autres sujets suite à la première vague et que les rencontres étaient déjà prévues avec ces derniers, il a été décidé d'effectuer les entretiens planifiés auprès des sujets prévus pour la deuxième vague et de ne plus en planifier pour les troisième et quatrième vagues. Cette décision a été prise vu la contribution attendue limitée de ces derniers en ce qui concernait les apprentissages expérientiels que leur professionnel respectif avait effectués grâce à eux, surtout à l'éclairage des première et deuxième vagues des entretiens.

Les entretiens effectués auprès des trois premiers, et éventuellement des trois autres sujets permettraient donc de renchérir, au besoin, certains résultats obtenus lors de l'analyse des données des professionnels, c'est-à-dire, d'ajouter les dires des sujets pour soutenir les dires des professionnels en ce qui concerne leurs apprentissages.

Enfin, l'analyse préliminaire des entretiens effectués auprès des trois sujets et du professionnel de la première vague a fait émerger l'existence de trois phases pour caractériser la trajectoire de la pandémie au cours des trente dernières années, et son influence sur les sujets, les professionnels et les mouvements sociaux gais contre le VIH. Ces phases sont la phase d'apparition du VIH-sida, la phase de la pandémie et du militantisme des professionnels, et la phase de la chronicité du VIH (*voir* tableaux 4.1 et 5.3).

Le comité de recherche de l'étudiant-chercheur, après analyse des entretiens et vérification des résultats préliminaires obtenus, a corroboré tous ces résultats et les modifications exigées à la formulation des questions des thématiques de la grille d'entretien et à la population cible de l'étude, vu la contribution importante attendue du professionnel de chaque cas, surtout à l'éclairage du contexte de la pandémie et des résultats de l'analyse préliminaire des rencontres de la première vague.

3.6.2.2 – Deuxième vague (trois sujets, un professionnel)

Suite aux commentaires et aux suggestions formulés par les trois sujets et le professionnel lors des entretiens de la première vague, les modifications à la formulation des questions des thématiques des grilles d'entretien ont été effectuées avant de procéder aux entretiens de la deuxième vague (*voir* tableau 3.3).

Tableau 3.3 – Identification de la deuxième vague de la collecte de données (trois sujets et leur professionnel)

Vague 2 – Collecte de données auprès de trois sujets et leur professionnel	
Trois sujets	Un professionnel
Justin Klive Luc	Bernard ⁽¹⁾

(1) Les patients Justin, Klive et Luc sont les sujets du Docteur Bernard.

Plusieurs professionnels avaient été identifiés à partir des contacts établis antérieurement et sur la base des exigences concernant le nombre d'années de leur implication dans le traitement du VIH-sida, du nombre de sujets à l'intérieur de leur pratique et de trois sujets satisfaisant des critères spécifiques de l'étude. Toutefois, en raison du manque de disponibilité, un seul professionnel a pu répondre à l'invitation tout en indiquant les coordonnées de trois de ses sujets satisfaisant les critères préétablis et désireux de participer à l'étude.

D'une part, trois entretiens d'une durée d'environ une heure chacun ont été planifiés et réalisés avec les trois sujets de cette vague (les sujets Justin, Klive et Luc). Pour les mêmes raisons que les sujets précédents, les entretiens ont eu lieu au même endroit. Les analyses préliminaires manuelle puis informatisée de la retranscription des entretiens effectués auprès des sujets ont été effectuées avant de passer à l'entretien avec le professionnel. D'autre part, pour les mêmes raisons que pour le professionnel précédent, c'est un entretien d'une durée d'un peu moins d'une heure qui a été planifié et réalisé avec le professionnel (le Docteur Bernard). L'entretien a eu lieu dans son bureau à la clinique médicale. Suite à chaque entretien, la retranscription intégrale de l'enregistrement sur bande sonore a été effectuée ; ensuite, les analyses préliminaires manuelle puis informatisée de la retranscription de l'entretien effectué auprès du professionnel ont été effectuées avant de passer à l'analyse du cas.

Suite aux analyses préliminaires manuelles puis informatisées de la retranscription des entretiens et du cas, il semble que les quatre entretiens de la deuxième vague contenaient à leur tour de riches données ainsi que des commentaires et des suggestions concernant la formulation des questions des thématiques à l'intérieur des grilles d'entretien, d'une part destinées aux sujets, et d'autre part, destinées aux professionnels.

Comme pour la première vague, les commentaires et les suggestions provenaient à la fois de la retranscription des entretiens effectués auprès des sujets et du professionnel et de la rétroaction fournie par le professionnel suite à la lecture du compte-rendu de son entretien. Les commentaires et les suggestions concernaient la nécessité de modifier la formulation des questions des thématiques des grilles d'entretien afin de retirer les mots ou les expressions qui pouvaient laisser présager que cette étude était à la recherche de manquements, de carences ou de fautes chez les professionnels dans leur traitement de sujets. Ces commentaires et ces suggestions ont permis de modifier la formulation des questions des thématiques de la grille d'entretien destinée aux professionnels afin de la rendre plus sensible à leurs doléances (*voir* appendice B, Outil 7 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Professionnel, Outil 8 : Préambule à l'entretien – Professionnel, et Outil 9 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Professionnel). La grille d'entretien destinée aux sujets n'a pas été ajustée, car les entretiens effectués auprès de ces derniers ont été abandonnés.

Les entretiens effectués auprès des sujets et des professionnels ont fait émerger d'autres apprentissages expérientiels et transformations de certains de leurs rapports ou certains de leurs schèmes de référence que les professionnels ont dû réaliser lors du traitement de leurs sujets et permis de retracer d'autres composantes des processus d'apprentissage expérientiel par lesquels ils ont été amenés à réaliser de tels apprentissages et transformations. De plus, elles ont servi à identifier d'autres

moteurs, facteurs ou conditions qui ont mené les professionnels à effectuer ces mêmes apprentissages et transformations.

Il est important de noter que, suite à la production des données de chaque cas et à l'analyse préliminaire manuelle puis informatisée des entretiens effectués auprès des sujets et des professionnels des première et deuxième vagues, une liste provisoire de dix-huit thèmes a émergé lors de la codification de ces quatre entretiens. Les thèmes peuvent être regroupés selon les trois questions de recherche. D'abord, les thèmes se rapportant à la première question de recherche concernant l'identification des apprentissages et des transformations sont les suivants : 1) le militantisme des professionnels, 2) les transformations de la logique thérapeutique, 3) la transformation de l'environnement où travaillent les professionnels, 4) la transformation des lieux de traitement des différents types de sujets, 5) les différentes limites des professionnels, 6) la transformation de la perception de la Faculté de médecine et du Collège des médecins, 7) les nouvelles technologies de l'information, et 8) le manque de relève pour les organismes communautaires et le traitement du VIH. Puis, toujours sous la même question de recherche, les thèmes suivants ont été retracés dans les données : 1) les apprentissages expérientiels effectués par les professionnels, 2) la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets, 3) la transformation du rapport des professionnels aux différents types de sujets, 4) l'autonomisation grandissante des sujets. Enfin, les thèmes suivants ont été retracés : 1) la transformation du rapport des professionnels aux autres professionnels de la santé, 2) la transformation du rapport des professionnels aux compagnies pharmaceutiques et leurs représentants et 3) la transformation du rapport des professionnels aux pharmacies et leurs pharmaciens.

Aucun thème se rapportant à la deuxième question de recherche concernant l'identification des processus d'apprentissage expérientiels n'a été retracé. Les

thèmes se rapportant à la troisième question de recherche concernant les motivations à effectuer de tels apprentissages et de telles transformations sont les suivants : 1) les découvertes scientifico-médicales et les données épidémiologiques croissantes, 2) les incertitudes scientifico-médicales et professionnelles, et 3) l'accroissement de la place de la sexualité et de l'homosexualité dans la pratique médicale.

Le comité de recherche de l'étudiant-chercheur, après analyse des entretiens et vérification des résultats préliminaires obtenus, a corroboré tous ces résultats et les modifications exigées à la formulation des questions des thématiques de la grille d'entretien et à la population cible de l'étude.

3.6.2.3 – Troisième vague (trois professionnels)

Suite aux commentaires et aux suggestions exprimés par le professionnel lors de la deuxième vague, les modifications ont été effectuées avant de procéder à la troisième vague (*voir* tableau 3.4).

Afin de recruter d'autres professionnels, un nouveau contact via courriel a été effectué auprès de professionnels de la liste préparée via le comité de direction. Trois professionnels ont immédiatement répondu à notre invitation (les Docteurs Claude, Denis et Edgar). Ils ont été contactés par courriel et par téléphone afin de répondre à leurs questions et pour tenter de fixer un rendez-vous dans le but d'effectuer l'entretien dans les meilleurs délais. Trois nouveaux entretiens ont été planifiés.

Tableau 3.4 – Identification de la troisième vague
de la collecte de données (trois professionnels)

Vague 3 – Collecte de données auprès de trois professionnels	
Aucun sujet	Trois professionnels
(1)	Claude Denis Edgar

(1) Aucun sujet n'a participé à cette vague, seulement les Docteurs Claude, Denis et Edgar y ont participé.

Les trois entretiens ont eu lieu dans le bureau des professionnels, à leur clinique médicale respective. Ils ont duré considérablement plus d'une heure chacun, étant donné la possibilité des professionnels de se libérer aux fins de cet entretien. Suite à chaque entretien, la retranscription intégrale de l'enregistrement sur bande sonore a été effectuée ; ensuite, les analyses préliminaires manuelle et informatisée de la retranscription des entretiens avec les professionnels ont été effectuées avant de passer à l'analyse des cas.

Suite aux analyses préliminaires manuelles puis informatisées de la retranscription des entretiens des trois cas, la plupart des thèmes de la grille d'entretien étaient couverts tandis que certains autres ne l'étaient pas. Il a donc fallu considérer modifier les questions des thématiques de la grille d'entretien destinée aux professionnels afin de tenter de recueillir les informations manquantes. Ces dernières ont été ajustées afin de combler les lacunes concernant l'accroissement de la place de la sexualité et de l'homosexualité dans la conversation médicale professionnel-sujets, le rapport des professionnels aux mouvements sociaux gais contre le VIH, le rapport des professionnels à leurs sujets, et des informations concernant les processus par lesquels les professionnels ont été amenés à réaliser de tels apprentissages expérientiels (*voir* appendice B, Outil 8 : Préambule à l'entretien – Professionnel, Outil 9 : Grille d'entretiens semi-dirigés – Professionnel, et Outil 10 : Grille d'entretien semi-dirigé – Professionnel).

Les données de ces entretiens ont servi à bonifier la liste des apprentissages expérientiels et des transformations de certains rapports et de certains schèmes de référence que les professionnels ont dû réaliser grâce à leurs sujets, liste obtenue lors des première et deuxième vagues. Elles ont fait émerger d'autres informations concernant les processus d'apprentissage expérientiel par lesquels les professionnels ont été amenés à réaliser de tels apprentissages expérientiels et de telles transformations. Enfin, ces données ont servi à identifier d'autres moteurs, facteurs ou conditions qui ont amené les professionnels à effectuer de tels apprentissages expérientiels et de telles transformations.

Finalement, l'analyse des entretiens effectuée auprès des cinq professionnels a fait émerger une liste de trente thèmes, liste qui en contenait préalablement dix-huit lors de la seconde vague. Ces thèmes ont guidé la codification des entretiens de l'étude selon les trois questions de recherche. D'abord, selon la première question de recherche, les dix-neuf thèmes suivants ont été retracés dans les données : 1) le militantisme des professionnels, 2) les modifications de la logique thérapeutique, 3) la transformation de l'environnement où travaillent les professionnels, 4) la transformation des lieux de traitement des différents types de sujets, 5) le manque de relève pour les organismes communautaires et le traitement du VIH, 6) les différentes limites des professionnels, 7) la transformation de la perception de la Faculté de médecine et du Collège des médecins, 8) les nouvelles technologies de l'information (Internet et les téléphones intelligents de type iPhone), 9) la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets, 10) la transformation du rapport des professionnels aux différents types de sujets, 11) l'accroissement de la place de la sexualité et de l'homosexualité dans la conversation médicale, 12) l'autonomisation grandissante des sujets, 13) la transformation du rapport des sujets au monde en général, 14) la transformation du rapport des professionnels à d'autres individus dans l'entourage des professionnels et

des sujets, 15) la transformation du rapport des professionnels aux autres professionnels de la santé, 16) la transformation du rapport des professionnels aux compagnies pharmaceutiques et leurs représentants, 17) la transformation du rapport des professionnels aux pharmacies et leurs pharmaciens, 18) la transformation du rapport des professionnels aux organismes communautaires gais contre le VIH, 19) la transformation du rapport des professionnels aux autres communautés de pratique, et 20) les apprentissages expérientiels effectués par les professionnels. Selon la seconde question de recherche, le thème suivant a été retracé dans les données, soit : les processus et les stratégies d'apprentissage des professionnels. Selon la troisième question de recherche, les six thèmes suivants ont été retracés dans les données, soit : 1) les motivations des professionnels pour effectuer des apprentissages expérientiels ou pour réapprendre, 2) les incertitudes scientifico-médicales et professionnelles des professionnels, 3) les découvertes scientifico-médicales et les données épidémiologiques croissantes, 4) la transformation des médicaments et des traitements pour les sujets, 5) les émotions des professionnels, 6) les expériences professionnelles et l'orientation sexuelle des professionnels. Enfin, d'autres thèmes ont également été retracés dans les données, mais ne sont pas différenciés selon les trois questions de recherche, soit : 1) la chronicité du VIH, 2) les données contextuelles, et 3) les autres domaines d'intérêt des professionnels. Il est important de noter que les thèmes ne sont pas mutuellement exclusifs.

L'étudiant-chercheur a sollicité la collaboration d'une collègue et formatrice dans l'utilisation du progiciel ATLAS.ti pour le supporter. Cette collègue et formatrice a participé à la formation complémentaire de l'étudiant-chercheur afin de lui permettre d'utiliser au maximum les fonctionnalités du progiciel. Sa participation a également été sollicitée afin de procéder à une analyse inter-juge de la grille émergente ainsi que de la codification utilisée dans le progiciel ATLAS.ti. Il s'est avéré que la grille émergente était tout à fait adéquate, mais que certains regroupements étaient

possibles et que certaines sous-catégories pouvaient être ajoutées. Toutefois, ladite collègue et formatrice a mentionné qu'une recodification majeure des codes utilisés et entrés dans le progiciel était nécessaire afin de tirer avantages de toutes les fonctionnalités de ce dernier lors de l'analyse proprement dite des données de l'étude. Un des membres du comité de direction a également procédé à une confrontation inter-juge en utilisant la méthode manuelle traditionnelle. Les résultats de son évaluation sont tout à fait similaires, en tout point, à ceux de l'autre juge. Suite aux modifications apportées par l'étudiant-chercheur à la grille émergente et à la codification à l'intérieur du progiciel ATLAS.ti, le comité de recherche de l'étudiant-chercheur, après analyse des entretiens et vérification des résultats préliminaires obtenus, a corroboré tous ces résultats et les modifications exigées aux questions des thématiques de la grille d'entretien destinée aux professionnels. De plus, le comité de recherche de l'étudiant-chercheur a corroboré les modifications à la grille émergente et aux codes insérés dans le progiciel.

3.6.2.4 – Quatrième vague (un professionnel)

Suite aux commentaires et aux suggestions exprimés lors de la troisième vague, les modifications nécessaires à la grille d'entretien ont été effectuées avant de procéder à la quatrième et dernière vague (*voir* tableau 3.5). St-Cyr, Tribble et Saintonge (1999) suggèrent de « [...] choisir des sujets marginaux, c'est-à-dire, susceptibles d'avoir un point de vue différent des autres » (p. 121) afin de s'assurer que toutes les thématiques de la grille d'entretien soient couvertes. Cette suggestion a été prise en compte lors de cette vague de collecte de données, c'est-à-dire, qu'a été identifié le choix d'un professionnel dont les trajectoires personnelle et professionnelle étaient complètement différentes des autres professionnels. Donc, l'échantillonnage n'était pas complètement homogène. Morse (1995) conclut que la variété dans les données devient alors un élément important qui permet d'enrichir les contenus en recherche qualitative. Toutefois, St-Cyr, Tribble et Saintonge (1999) renchérissent en

mentionnant que « la force des résultats d'une étude qualitative n'est pas tant la fréquence des propos que leur diversité et leur profondeur » (p. 121).

Ainsi, lors de la quatrième vague, le professionnel, dont les trajectoires personnelle et professionnelle étaient différentes des autres professionnels de l'étude, avait répondu à notre invitation précédente via courriel, mais de façon tardive. Suite à la réception de ses coordonnées, il a été contacté par courriel et par téléphone afin de répondre à ses questions et tenter de fixer un rendez-vous dans le but d'effectuer l'entretien dans les meilleurs délais. L'entretien a eu lieu dans son bureau à la clinique médicale. Il a duré considérablement plus d'une heure étant donné la possibilité du professionnel de se libérer aux fins de cet entretien et l'énorme intérêt qu'il portait à cette étude.

Tableau 3.5 – Identification de la quatrième vague de la collecte de données (un professionnel)

Vague 4 – Collecte de données effectuée auprès d'un professionnel	
Aucun sujet	Un professionnel
(1)	François

(1) Aucun sujet n'a participé à cette vague, seulement le Docteur François y a participé.

Une fois l'entretien terminé, la retranscription intégrale de l'entretien contenu sur bande sonore a été effectuée. Suite aux analyses préliminaires manuelles puis informatisées de la retranscription des entretiens ou du troisième cas, il est apparu que l'entretien de la quatrième vague contenait à la fois de riches données et qu'il avait servi à remplir les lacunes qui avaient jusqu'alors persisté dans les informations recueillies grâce aux entretiens et suite à la rétroaction des professionnels à la lecture du compte-rendu de leur entretien.

Les données de cet entretien ont également servi à bonifier la liste des apprentissages expérientiels et des transformations de certains rapports et de certains schèmes de référence que les professionnels ont dû réaliser grâce à leurs sujets, liste obtenue lors des trois vagues successives et cumulatives précédentes. De plus, les données de cet entretien ont permis de faire émerger d'autres processus d'apprentissage expérientiel par lesquels les professionnels ont été amenés à réaliser de tels apprentissages expérientiels et de telles transformations. Enfin, ces données ont permis d'identifier d'autres moteurs, facteurs ou conditions qui ont amené les professionnels de l'étude à effectuer ces mêmes apprentissages et transformations. Finalement, il a été constaté, lors de l'analyse des données provenant de l'entretien effectué auprès du professionnel de cette vague, que ces mêmes données tendaient à se répéter, mais surtout, que toutes les thématiques de la grille d'entretien avaient été couvertes et que des données avaient été retracées dans les retranscriptions.

Le comité de recherche de l'étudiant-chercheur, après analyse des entretiens et des résultats préliminaires obtenus, a corroboré tous ces résultats. Le chapitre suivant présente l'analyse des données recueillies lors des quatre vagues successives de la collecte de données de l'étude.

3.7 – Stratégies de production, de traitement et d'analyse des données

Suite à un entretien avec un sujet ou un professionnel de l'étude, les méthodologies envisagée et utilisée mentionnaient trois étapes importantes, soit la production de données ainsi que le traitement et l'analyse de ces dernières.

3.7.1 – Stratégie (la production des données)

La production de données s'est effectuée grâce à la retranscription intégrale de la bande sonore de chaque entretien avec, d'une part, les sujets et, d'autre part, les

professionnels. Elle s'est effectuée en utilisant le logiciel de traitement de texte *Word* assisté du logiciel de lecture de bandes sonores *Dragon Naturally Speaking*. Afin de permettre une analyse préliminaire, la retranscription intégrale de la bande sonore de chaque entretien s'est effectuée dans un délai de vingt-quatre heures suivant l'entretien.

3.7.2 – Stratégies (le traitement et l'analyse des données)

Il existe plusieurs stratégies de traitement et d'analyse des données. Elles sont généralement divisées en deux catégories, soit la stratégie manuelle, c'est-à-dire, en utilisant du papier et des ciseaux, et la stratégie informatisée, c'est-à-dire, en utilisant un progiciel de traitement des données (par ex. : ATLAS.ti, NUD*IST ou autres).

Finalement, ce sont les stratégies manuelle puis informatisée qui ont été utilisées. La stratégie manuelle a été utilisée afin de faire émerger les premiers soupçons, indices d'apprentissage, de transformation et de processus d'apprentissage expérientiel chez les professionnels, ainsi que les motivations pour effectuer de tels apprentissages et de telles transformations. Elle a aussi été utilisée afin de faire émerger une première nomenclature à utiliser lors de l'analyse des données via l'utilisation d'un progiciel. D'autre part, la stratégie informatisée a été utilisée afin de confirmer l'émergence des premiers soupçons et indices d'apprentissage, de transformation et de processus d'apprentissage expérientiel et de motivations pour effectuer de tels apprentissages et transformations chez les professionnels de l'étude. De plus, la stratégie informatisée a été utilisée afin de traiter les données qualitatives qui ont été d'une quantité substantielle au fur et à mesure que les entretiens se sont accumulés suite à chacune des vagues successives et dont la gestion est devenue presque impossible sans support électronique.

Le support électronique qui a été préféré pour assister l'étudiant-chercheur dans l'analyse des données qualitatives de cette étude a été le progiciel ATLAS.ti. Il a été préféré à d'autres progiciels pour des raisons purement pratiques. Le comité de direction était familier avec celui-ci, donc au courant de sa puissance, son efficacité et sa simplicité lors de l'analyse de données qualitatives. De plus, le comité connaissait suffisamment ce progiciel pour être capable de soutenir l'étudiant-chercheur lors de la période de formation de ce dernier et tout au long de son utilisation.

3.7.3 – Stratégie (l'analyse préliminaire des données qualitatives)

Tout au long des quatre vagues successives et cumulatives de l'étude, le découpage en unité de sens, la codification, la catégorisation et les mises en relations entre ces dernières ont été réalisés grâce à une démarche itérative. De plus, un va-et-vient entre la collecte de données et l'analyse a été maintenu tout au long de ces vagues.

Le découpage consistait simplement à déterminer ce qui, dans la transcription des entrevues, était attribuable à une catégorie substantive (Comeau, 1994). L'utilisation de feutres et de papillons de couleurs a très bien servi le découpage et le codage des unités de signification. Quant au codage, il a permis, par des chiffres et des mots clés, de reconnaître facilement et rapidement la catégorie à laquelle ils se référaient (Comeau, 1994). Par la suite, les sous-catégories sont venues se greffer tout naturellement à la catégorie principale et un mot clé était alors ajouté pour la reconnaître facilement et rapidement.

La catégorisation formelle a succédé à la catégorisation substantive. Avant de procéder à la codification et au découpage formel via le progiciel ATLAS.ti, tous les extraits d'entrevues correspondant à chaque catégorie substantive ont été regroupés dans des enveloppes séparées. Ainsi, dans chaque enveloppe, il était possible de « consulter tous les extraits d'une catégorie substantive les uns à la suite des autres, à

la fois pour comprendre les processus à l'œuvre et pour évaluer une dernière fois la cohérence de la catégorisation substantive » (*Ibid.*, p. 21) et de dégager les catégories formelles. Les catégories formelles ont par la suite été insérées dans le progiciel ATLAS.ti afin de produire une liste complète et de permettre le découpage et le codage formels assistés par progiciel. La liste complète contenait plusieurs dizaines de catégories formelles. Les opérations subséquentes de regroupement selon des thématiques plus englobantes ont permis de retenir un nombre de concepts pertinents beaucoup plus restreint (*Ibid.*).

L'analyse préliminaire des données qualitatives a été effectuée après chaque production et traitement des données afin de faire émerger immédiatement les premières questions et déductions qui ont permis de préparer la prochaine collecte de données à l'intérieur du cas et pour les cas suivants. De plus, elle a permis d'élaborer des chaînes d'évidence et des tendances, de rédiger des données analysées dans leur contexte spécifique, de reformuler ou de raffiner les questions sous chaque thème avant d'entamer la collecte de données suivante et de produire des résultats préliminaires concernant les trois questions de recherche.

3.7.4 – Stratégie (l'analyse en profondeur des données qualitatives)

Suite à la collecte systématique, la production, le traitement et l'analyse préliminaire des données, une analyse en profondeur des données pour chacun des cas et entre les cas (Eisenhardt, 1989) a été effectuée. Cette analyse a permis de répondre aux trois questions de recherche de l'étude. Dans cette analyse interprétative des données provenant des entretiens, l'étudiant-chercheur a concentré son attention sur le contenu manifeste, c'est-à-dire, ce qui était dit explicitement dans les entretiens retranscrits, même si des notes furent prises concernant le non-verbal (Van der Maren, 1995 ; Landry, 1997) afin de tenir compte de l'intensité émotionnelle de plusieurs de ces entretiens (*voir* section 3.2).

3.7.5 – Stratégie (la rétroaction finale des professionnels de l'étude)

Lorsque l'analyse des données provenant de la retranscription des entretiens effectués auprès des professionnels a été complétée de façon préliminaire, les résultats préliminaires leur ont été présentés afin d'obtenir leurs commentaires et leurs suggestions. Leurs commentaires ont été positifs. Ils ont porté sur des ajouts et sur la façon de rapporter leurs propos. De plus, les suggestions des professionnels ont été constructives. Le Docteur Denis a suggéré de mentionner clairement dans le texte des résultats comment les professionnels ont été transformés tout au long de la trajectoire du VIH-sida. Cette suggestion a été adressée via les tableaux 4.2 et 5.1. Ces deux tableaux abordent les trois phases de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida. Il a également suggéré de parler de la lipodystrophie, pierre angulaire de la colère et de l'insatisfaction des sujets envers leur professionnel traitant et l'industrie pharmaceutique. Cette suggestion a également été adressée via le tableau 4.2 (intitulé Découvertes médicales/nouveaux médicaments et traitements et données épidémiologiques du VIH/Sida au Canada [de 1979 à 2009]). Pour sa part, le Docteur François, tout en confirmant l'analyse, a suggéré de présenter le tableau 3.1 (intitulé Présentation des professionnels de l'étude) de façon à ce qu'il puisse difficilement permettre l'identification de ces derniers. Cette suggestion a été adressée via la création d'un tableau intitulé Présentation des professionnels de l'étude où les informations sont assez génériques pour ne pas permettre l'identification des professionnels de l'étude. Enfin, le Docteur François a suggéré de transformer les citations mentionnées à l'appui des résultats afin qu'elles ne soient pas relatées dans un langage usuel. Cette suggestion a été adressée via la présentation des extraits dans un langage démontrant le professionnalisme des professionnels de l'étude. De plus, afin de prendre en compte le dernier commentaire de ce Docteur concernant la nécessité de conserver la confidentialité des professionnels de l'étude, chaque extrait constituait la synthèse des propos du professionnel de l'étude et chaque extrait a été révisé afin de retirer

toute mention pouvant permettre l'identification de lieux et d'individus, professionnels ou sujets de l'étude.

3.8 – Considérations de l'étude de cas (la déontologie et l'éthique)

Comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2000) et Miles et Huberman (2003), l'étude de cas doit tenir compte et appliquer plusieurs principes directeurs sur le plan éthique.

In qualitative studies, ethical dilemmas are likely to emerge with regard to the collection of data and in the dissemination of findings. Overlaying both the collection and the dissemination of findings is the researcher-participant relationship (Merriam, 1998, p. 213).

Dès le départ, l'étudiant-chercheur a établi une démarche éthique lui permettant d'adopter une attitude critique tout en respectant l'intégrité, la dignité et l'opinion des participants à l'étude tout au long de sa mise en œuvre. L'étudiant-chercheur a privilégié une communication ouverte et franche. Afin d'y parvenir, il a écouté sans juger, de façon empathique et avec compassion, les points de vue divergents qui ont été exprimés par les participants.

Dès le départ, l'étudiant-chercheur a établi une démarche éthique exigeant une approche méthodique afin de minimiser le potentiel d'erreur et de conséquences néfastes pour les participants à l'étude (Gendron, 2001). Il a donc protégé leur vie privée et leurs renseignements personnels avant, pendant et après le déroulement de l'étude grâce à des méthodes de mise sous clé et de stockages sécurisés des données informatisées. Cette façon de procéder tentait d'éviter la divulgation des informations privées recueillies. Il a maintenu la confidentialité et l'anonymat grâce à des mesures qui ne permettaient pas d'identifier les participants, alors que les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude et suite à la diplomation de l'étudiant-chercheur.

3.9 – Limites de cette étude (comment en minimiser l'impact sur les résultats)

Cette étude a dû faire face à de nombreuses limites. Toutes ces limites ont été prises en considération tout au long de la planification, de la mise en œuvre, de l'analyse et de la rédaction de cette étude. La première limite concernait la difficulté de trouver les « bons » professionnels et les « bons » sujets désireux de participer à l'étude. L'impact de cette limite a été minimisé en utilisant, d'une part, des critères rigoureux de sélection pour ceux-ci et, d'autre part, l'aide du comité de recherche de l'étudiant-chercheur. Son comité de recherche avait une très bonne connaissance du milieu du VIH, des professionnels impliqués dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH et des sujets ayant contracté le VIH dont l'implication et les connaissances du domaine étaient considérables.

La seconde limite concerne la difficulté d'interpréter les résultats en utilisant une approche qualitative aux visées socio-interprétatives. L'impact de cette deuxième limite a été minimisé grâce à l'utilisation de deux méthodes simultanées d'analyse des données, soit la méthode manuelle (couper-coller) puis la méthode informatisée (ATLAS.ti). L'utilisation d'une séquence systématique d'analyse intra-cas et inter-cas où les résultats étaient corroborés par le comité de recherche de l'étudiant-chercheur a également contribué à minimiser cette limite. Cela importe, car la qualité du projet reposait sur la richesse des informations et sur une analyse fouillée des apprentissages réalisés par les professionnels et des processus d'apprentissage expérientiel par lesquels ils ont été amenés à réaliser de tels apprentissages et de telles transformations lors du traitement de leurs sujets, dans le contexte de la pandémie du VIH-sida.

La troisième limite concerne le volume et la quantité de détails souvent présentés dans une thèse utilisant l'approche qualitative aux visées socio-interprétatives. Afin de minimiser l'impact de cette troisième limite, le produit final, cette thèse, n'est pas trop volumineux, détaillé et impliqué, ce qui le rend utilisable par les décideurs, les éducateurs et les personnes intéressées par la problématique que cette thèse aborde, mais cela, sans toutefois simplifier ou exagérer la situation, ce qui pourrait mener à des conclusions erronées concernant l'état de la situation. Il ne faut surtout pas oublier que le portrait de la situation, les apprentissages, les transformations, les processus d'apprentissage expérientiel et les moteurs, facteurs ou conditions qui sont décrits ne représentent pas tous les apprentissages, les transformations et les processus d'apprentissage expérientiel ainsi que les motivations pour effectuer de tels apprentissages expérientiels. Ce portrait n'a donc pas la prétention d'être exhaustif, mais bien d'être une partie représentative et significative du tout.

La quatrième limite concerne la disponibilité des professionnels et des sujets, et la confiance qu'ils portaient à l'étude. L'impact de cette limite a été minimisé grâce à la communication ouverte qui a précédé les entretiens – un courriel contenant la lettre d'invitation et un appel téléphonique qui a suivi ce courriel. De plus, avant même de commencer l'entretien, l'étudiant-chercheur a cherché à établir une atmosphère dans laquelle les professionnels et les sujets pouvaient se sentir assez en confiance pour parler librement de leurs connaissances, leurs expériences et leurs pensées concernant les questions de recherche de l'étude. Enfin, l'étudiant-chercheur a expliqué aux professionnels et aux sujets de l'étude que ce n'était pas important s'ils n'avaient rien à dire sur une thématique en particulier, car cette démarche n'engageait en rien leurs compétences. Il leur a également indiqué qu'il était toujours possible de revenir sur des thèmes déjà mentionnés à la fin de l'entretien ou plus tard si de nouvelles informations leur semblaient importantes à mentionner.

L'objet de l'étude n'était pas de vérifier l'ampleur du développement professionnel continu dans le contexte de l'étude. L'objet de l'étude était d'analyser là où, sous des conditions spécifiques (la pandémie du VIH-sida), le développement professionnel continu se produisait, comment il se produisait et pourquoi il se produisait.

L'avant-dernière limite se rapporte à la représentativité de l'étude. Étant donné que l'échantillon utilisé pour cette étude comptait seulement six professionnels, l'étude ne recherchait pas la représentativité. Elle cherchait plutôt à étudier en profondeur quelques cas afin d'ouvrir le champ toujours intouché des apprentissages et des processus d'apprentissage expérientiels des professionnels pratiquant dans le domaine du VIH-sida auprès de sujets gais ayant contracté le VIH ou développé le sida.

La dernière limite concerne le fait que les résultats de l'étude étaient à la merci de la sensibilité et de l'intégrité de l'étudiant-chercheur. L'impact de cette limite a été minimisé de la façon suivante. Les données produites suite à l'entretien avec chaque professionnel et chaque sujet ont été révisées par le comité de l'étudiant-chercheur. De plus, les résultats des analyses préliminaire et finale ont fait l'objet d'une révision par les professionnels respectifs et le comité de l'étudiant-chercheur.

3.10 – Avantages de l'étude (contextualisée et adaptée au contexte)

En contrepartie aux limites de l'étude de cas socio-interprétative, cette approche a comme avantage de permettre l'examen de tous les aspects de la situation étudiée dans leur contexte réel, de prendre en compte les informations fournies par les professionnels, d'adapter la collecte de données et le travail terrain selon les contraintes rencontrées et, enfin, de faire émerger des variables ou dimensions qui ne sont apparues qu'au cours de l'étude.

3.11 – Qualité de l'étude de cas (crédibilité et transférabilité)

La qualité de l'étude de cas consiste principalement à savoir si les données collectées par l'étudiant-chercheur correspondent réellement au phénomène étudié (Bogdan et Biklen, 1992). Les critères utilisés afin d'en évaluer la qualité dépendent du courant qui a été privilégié. Puisque le courant socioconstructiviste a été privilégié, le terme « qualité » sera privilégié à celui de « rigueur » et les sources de validité seront les validités interne et externe (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000). Savoie-Zajc (1989) ajoute aux critères de qualité – validité interne (de crédibilité) et de validité externe (transférabilité), les critères de fiabilité et de confirmation.

3.11.1 – Validité interne (la crédibilité)

Comme le mentionnent certains auteurs (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000 ; Gendron, 2001 ; Guba, 1981 ; Karsenti et Savoie-Zajc, 2000 ; Lincoln et Guba, 1985 ; Merriam, 1988 ; Shenton, 2004), plusieurs stratégies doivent être utilisées afin d'assurer la validité interne ou la crédibilité des résultats issus de l'étude de cas et doivent être partie intégrante de la démarche de recherche qualitative. L'étudiant-chercheur a utilisé les quatorze stratégies afin d'assurer la validité interne ou la crédibilité de l'étude de cas. Celles-ci sont les suivantes : 1) il a choisi une méthode de recherche qualitative qui a fait l'objet de multiples réflexions chez de nombreux auteurs cités tout au long de l'élaboration de la méthodologie et qui est fréquemment utilisée dans les sciences humaines, l'étude de cas, 2) il a développé, ainsi que sa codirectrice, une familiarité avec le domaine et le milieu de l'étude puisqu'ils ont un certain niveau d'implication dans le milieu du VIH, ce qui leur permet une meilleure connaissance et compréhension de la culture institutionnelle liée à la relation thérapeutique professionnel-sujets dans le contexte de la pandémie, 3) il a choisi un échantillon intentionnel de professionnels afin de satisfaire les critères déjà élaborés, 4) il a établi un lien de confiance avec les professionnels afin d'assurer l'honnêteté

des informateurs et pour les soutenir durant les entretiens ainsi que lors de leurs rétroactions, 5) il a utilisé des questions itératives et la reformulation de questions afin de faire émerger les contradictions, 6) il a effectué des sessions de débriefage afin de permettre à ses codirecteurs de commenter la démarche et corriger le tir si nécessaire, 7) il a présenté tous ses résultats à son comité de direction afin qu'il en fasse un examen minutieux, 8) il a maintenu un journal de bord afin de pouvoir y inscrire tous les commentaires réflexifs qui ont été mentionnés pendant l'étude, 9) il a impliqué les professionnels dans plusieurs aspects de l'étude [entretiens semi-dirigés et révision des résultats préliminaires, intérimaires et finaux] afin de confirmer ou informer ses résultats, 10) il a procédé à une description détaillée des apprentissages et des processus d'apprentissage expérientiel des six professionnels de l'étude et situé l'étude dans le contexte qui l'a alimentée, 11) il a déclaré sa subjectivité et ses préconceptions afin que les futurs chercheurs puissent comprendre la formulation des résultats, 12) il a ancré ses cadres théorique et conceptuel chez des auteurs clés du domaine des apprentissages et des processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes afin de le guider dans son interprétation des résultats, 13) il a établi le degré auquel le cas est typique d'un phénomène afin de permettre l'appréciation des propositions émergentes et de comprendre le phénomène traité, et 14) il a procédé à l'examen des résultats d'études antérieures portant sur les professionnels traitant des sujets dans le domaine du VIH-sida, les apprentissages et les processus d'apprentissage expérientiel ainsi que sur les études de cas afin de l'alimenter, de la problématique à l'interprétation des résultats, en passant par les cadres théorique et conceptuel à la méthodologie de l'étude de cas.

C'est lors de la session de révision des résultats finaux que les Docteurs Denis et François ont validé les résultats (*voir* section 3.2.4). Cette étude comporte certainement une limite apparente. Suite à la validation des résultats avec les professionnels entre chaque entretien (*voir* tableau 3.4), un certain consensus sera

obtenu, ce qui pourrait masquer les luttes de pouvoir où certaines réalités auront alors priorité sur d'autres (Sandelowski, 1993), limitant ainsi le potentiel de crédibilité. L'étudiant-chercheur y a donc porté une attention spéciale afin de permettre l'émergence de toutes les réalités, tous les discours et toutes les opinions provenant des professionnels, des sujets et de son comité de direction. Finalement, puisque toutes les précautions qui s'imposent ont été prises, les critères de crédibilité (validité interne) ont été satisfaits.

3.11.2 – Validité externe (la transférabilité)

Comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2000), Gendron (2001), Merriam (1988) et Sandelowski (1986), afin d'accroître la validité externe – la transférabilité, et de démontrer sa qualité, l'étudiant-chercheur a utilisé les quatre méthodes suivantes : 1) il a présenté une description détaillée du contexte de l'étude, 2) il a nommé les limites de l'étude et la façon par laquelle il s'y est pris afin d'en minimiser l'impact sur l'étude [voir section 3.9 et le chapitre de la Discussion], 3) il a mentionné des études employant une méthodologie similaire ou comparable, mais conduites dans des environnements différents, et 4) il a maintenu un journal de bord qui a documenté l'étude ainsi que les choix méthodologiques effectués à chacune des étapes.

Le journal de bord a contenu une description détaillée de chacun des entretiens, les observations, les réflexions et les justifications guidant le cheminement, par exemple les raisons qui ont justifié la modification des questions à la grille d'entretien et l'arrêt des entretiens effectués auprès des sujets. Il a « documenté » l'évolution de la recherche et la relation de l'étudiant-chercheur avec les professionnels et les sujets. Enfin, il a renfermé les indices sur le degré d'ouverture et de confiance que les professionnels et les sujets ont graduellement manifesté à l'égard de l'étudiant-chercheur.

Cette façon de procéder a permis de conserver une trace écrite de l'évolution de l'étude, des démarches encourues et du contexte entourant les procédures et décisions méthodologiques. Le journal de bord a également servi de base de discussion, entre chaque entretien si nécessaire ou vague d'entretiens, avec le comité de direction qui a eu pour tâche d'interroger les choix et décisions de l'étudiant-chercheur afin de mettre en perspective les façons de faire, de vérifier les données, le traitement et les outils utilisés, et d'aiguiser le potentiel de crédibilité de l'étude en s'assurant de la qualité de la démarche méthodologique.

L'étudiant-chercheur a produit une description du contexte dans lequel a évolué l'étude, ce qui a servi à répondre à l'ambition de transférabilité puisque les résultats seront contextualisés (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000). Il a choisi un échantillon intentionnel et formulé des questions prédéterminées, telles que préalablement mentionnées. L'étudiant-chercheur a renforcé et soutenu la capacité des professionnels à organiser et entreprendre les entretiens grâce à la confiance qu'il a été capable de leur inspirer. Il a vérifié les données et les retranscriptions des entretiens. Les professionnels et le comité doctoral ont validé les retranscriptions des entretiens, les résultats préliminaires, intermédiaires et finaux de l'étude. L'analyse qu'a effectuée l'étudiant-chercheur a privilégié le processus récursif ou récurrent de codification et de catégorisation, l'exercice de codage, la confrontation régulière des interprétations à l'ensemble des données recueillies, accompagné de la rédaction de mémos descriptifs et interprétatifs.

L'étudiant-chercheur a mis en place un mode de communication ouvert qui a permis de faire émerger le reflet de visions partagées ou divergentes des professionnels et des codirecteurs. L'étudiant-chercheur a documenté l'action, l'intervention et la transformation des façons de faire, tant en cours de projet que par la suite. Il a suivi des processus spécifiques d'encodage et d'analyse. Il a offert une description riche,

détaillée et intelligible de l'étude de quelques cas. Il a donné une description très détaillée des cas afin de camper le récit de l'étude dans des situations de vie familières inévitablement construites à travers leurs expériences du texte, à d'autres circonstances et selon leurs besoins. Finalement, la contribution aux diverses interprétations émergentes a été aidée par l'explicitation de l'idéologie de l'étude, des présupposés et du rôle de l'étudiant-chercheur.

3.12 – Fiabilité de l'étude de cas (les moyens pour l'atteindre)

L'étudiant-chercheur, afin de maximiser la fiabilité de l'étude de cas, a utilisé seulement la stratégie de la fiche signalétique, des entretiens et du journal de bord afin de collecter des données. Il a mentionné en détail les processus à l'intérieur de l'étude afin de permettre aux futurs chercheurs de répliquer l'étude et de développer une entière compréhension des méthodes utilisées et de leur efficacité. De plus, l'étudiant-chercheur a élaboré une section sur la planification et l'implantation de l'étude, tout en décrivant ce qui a effectivement été effectué sur le terrain lors de la mise en œuvre de la collecte de données. Enfin, il a saisi ses réflexions et son évaluation de l'efficacité du processus d'enquête utilisé à l'intérieur de son journal de bord.

3.13 – Confirmation de l'étude de cas (la documentation des activités réalisées)

Afin de parvenir à la confirmation de l'étude de cas, l'étudiant-chercheur a documenté le raisonnement qui a mené aux décisions qu'il a prises et aux méthodes qu'il a adoptées dans cette thèse. Il a documenté au même endroit les raisonnements qui ont été utilisés lors du choix d'une approche lorsque d'autres auraient pu être choisies. La majeure partie des informations nécessaires à la prise de décision vient du journal de bord qui contient les réflexions et les commentaires de l'étudiant-

chercheur. De plus, il a dévoilé les limites de la technique utilisée dans cette étude. Il a décrit en détail la méthodologie utilisée afin de permettre à quiconque de déterminer si les données et les résultats peuvent être acceptés. L'étudiant-chercheur a indiqué comment les concepts dans la question de recherche ont donné lieu aux étapes ultérieures, et il a présenté la démarche de l'étude, étape par étape, tout en indiquant les décisions qui ont été prises et les procédures qui ont été employées.

Retour sur la méthodologie

Ce chapitre, divisé en quatre sections, a exposé le déroulement de l'étude. Dans un premier temps, les choix méthodologiques ont été exposés. Dans un deuxième temps, le déroulement de la collecte de données en quatre vagues distinctes, successives et cumulatives a été mentionné. Dans un troisième temps, la stratégie de production et de traitement des données a été mentionnée. Enfin, la dernière section de la méthodologie a abordé plusieurs aspects, soit les considérations déontologiques, les avantages, les limites et la qualité de l'étude ainsi que la fiabilité et la confirmation de cette dernière.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Le quatrième chapitre a pour objet de présenter les données empiriques de cette étude et d'en effectuer l'analyse tout en tenant compte des trois questions de recherche ainsi que des cadres conceptuel et théorique. Les données de l'étude de cas seront présentées et analysées en trois temps compte tenu des trois questions de recherche auxquelles elles tentent de répondre. Dans un premier temps, certains apprentissages expérientiels que les professionnels de cette étude ont réalisés seront identifiés (les savoir-faire, savoir-vivre, savoir-vivre ensemble, savoir-feindre et savoir-gai), y compris la transformation éventuelle de certains de leurs rapports et de certains de leurs schèmes de référence dans le cadre de leur pratique médicale auprès de sujets, dans le contexte de cette pandémie – le domaine du « quoi ». Dans un deuxième temps, les processus par lesquels les professionnels de cette étude ont acquis ces nouveaux savoirs et en sont venus à consolider ou transformer certains de leurs rapports et certains de leurs schèmes de référence – le domaine du « comment » – seront identifiés et analysés. Dans un troisième temps, dans le contexte tout à fait particulier et heuristique de la pandémie, certains moteurs, facteurs ou conditions, qui ont conduit les professionnels de cette étude à réaliser ces apprentissages expérientiels et à revoir certains de leurs rapports et schèmes de référence – le domaine du « pourquoi » – seront soulignés.

Le chapitre se termine par une synthèse de l'étude réalisée dans le contexte unique et heuristique de la pandémie du VIH-sida qui explique la transformation, retracée dans les données, du modèle de développement professionnel continu.

Tableau 4.1 – Trois phases de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida

<p>Phase A – Apparition du VIH-sida, maladie inconnue de la science médicale</p> <p><u>Sujets</u>: patients gais ayant contracté le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - isolés et démunis - peu et mal informés <p><u>Professionnels</u>: médecins généralistes gais</p> <ul style="list-style-type: none"> - peu solidaire avec les sujets - militantisme généralement peu existant - Intéressés mais peu engagés dans la production des nouveaux savoirs requis <p><u>Mouvements sociaux gais</u> contre le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non existant ou non visibles
<p>Phase B – Pandémie reconnue et montée du militantisme</p> <p><u>Sujets</u>: patients gais ayant contracté le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montée du militantisme - Recherche active d'information - Participation aux conférences, congrès, séminaires <p><u>Professionnels</u>: médecins généralistes gais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nouveau mode de pratique médicale (médecine expérimentale, recours à l'apprentissage expérientiel) - Engagement dans la production de savoirs, pas seulement à son utilisation - Remise en question de savoirs institutionnalisés et des modes traditionnels de formation médicale continue - Solidarité avec les sujets, militantisme <p><u>Mouvements sociaux gais</u> contre le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation, militantisme - Production de visions et savoirs alternatifs - Offre aux membres une gamme de services et une formation
<p>Phase C – Chronicité du VIH</p> <p><u>Sujets</u>: patients gais ayant contracté le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déclin du militantisme et de l'<i>empowerment</i> - Baisse de la participation aux conférences, congrès, séminaires <p><u>Professionnels</u>: médecins généralistes gais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formations médicales initiales et continues intègrent les nouveaux savoirs - Pratique médicale centrée principalement sur « conserver la santé et guérir les maladies » (Bernard, 1865) - Continuation de la médecine expérimentale, mais moins engagés dans la production de savoirs - L'infection au VIH est de plus en plus dite chronique, c'est-à-dire qu'il y a maintenant une « attente implicite » que le sujet va survivre à l'infection au VIH <p><u>Mouvements sociaux gais</u> contre le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence moindre d'organismes militants - Difficulté à recruter des bénévoles pour les organismes - Concentration sur l'offre de services spécialisés

Comme le démontre le tableau 4.1 (intitulé Trois phases de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida), lors de l'apparition de l'infection au VIH (phase A), un contexte inusité incitatif au questionnement a fait son apparition, ouvrant alors la voie à des transformations et des apprentissages, des apprentissages transformatifs. Le contexte portait les caractéristiques suivantes. D'une part, les sujets étaient isolés et démunis. De plus, ils étaient généralement peu et mal informés en ce qui concernait leur santé et, en particulier, l'infection au VIH et les maladies opportunistes qui l'accompagnent. D'autre part, les professionnels étaient peu solidaires avec leurs sujets, généralement peu militants au nom de ces derniers ayant contracté le VIH et peu engagés dans les organismes communautaires. Néanmoins, les professionnels étaient généralement intéressés dans la production des nouveaux savoirs requis pour combattre l'infection au VIH et les maladies opportunistes qui l'accompagnent. Enfin, les mouvements sociaux gais contre le VIH étaient non existants ou non visibles lors de cette phase.

Lors de la pandémie du VIH-sida (phase B), d'une part, les sujets ayant contracté le VIH ont considérablement développé leur niveau de militantisme et de quête active d'information. La résultante fut l'émergence de l'*empowerment* chez ces derniers. L'*empowerment* était possible, d'une part, grâce à leur niveau accru d'information et, d'autre part, à leur participation à tout ce qui les concernait (entre autres, leurs soins et traitements) ainsi qu'aux conférences, congrès et séminaires sur la problématique du VIH-sida. D'autre part, les professionnels pratiquaient la médecine expérimentale en plus de la médecine non expérimentale, utilisant leurs sujets comme sujet d'étude et comme informateurs et formateurs. Les professionnels étaient maintenant engagés dans la production de savoirs, pas seulement à son utilisation. De plus, les professionnels avaient de plus en plus recours aux apprentissages expérientiels dans leur pratique de tous les jours, car rien n'existait et tout était à découvrir. Ils remettaient même en question les savoirs constitués et

institutionnalisés. Leur implication militante était très présente et la solidarité avec leurs sujets ayant contracté le VIH était très prononcée. Les professionnels étaient souvent directement impliqués dans les organismes communautaires grâce à la création du savoir qui y circulait et à leur participation en tant que membres du conseil d'administration ou conférenciers. Ils ont donc développé une collaboration étroite avec les organismes communautaires gais contre le VIH en ce qui concernait la diffusion de l'information. Dans les organismes communautaires contre le VIH, s'effectuaient une mobilisation et un militantisme accru au nom des sujets ayant contracté le VIH. Les organismes communautaires contre le VIH produisaient, à certains moments, des visions et des savoirs alternatifs à ceux véhiculés par les professionnels et leur corps professionnel ou même le milieu scientifique. Les organismes communautaires étaient donc des lieux où le savoir était accumulé, débattu et contesté, aidant ainsi les professionnels à voir les études, les faits et les sujets différemment. Enfin, les organismes communautaires offraient à leurs membres une gamme de services et de formations directement reliés au VIH et au sida, notamment des programmes de prévention de l'infection au VIH et des groupes de soutien pour les personnes ayant contracté le VIH et leurs proches.

Toutefois, au moment où l'infection atteignait le stade dit de chronicité (phase C), où la situation tendait à se « normaliser », le contexte inusité incitatif au questionnement tendait à s'estomper et, avec cela, les transformations et les apprentissages, les apprentissages transformatifs, mais pas complètement, loin de là. De la phase antérieure, il semble que certains acquis soient demeurés. D'une part, il semble y avoir eu un déclin dans le militantisme et *l'empowerment* des sujets. Leur participation à leurs soins et à leurs traitements, ainsi qu'aux conférences, congrès et séminaires, était moins importante, surtout chez les sujets de la génération nouvellement infectée. Ainsi, certains sujets n'avaient désormais plus le statut passif de « patient », alors que la génération nouvellement infectée semble avoir conservé

ce statut. Chez les professionnels, il y avait continuation, à différents niveaux et à différentes intensités, du militantisme aux niveaux politique, médical et social pour soutenir et défendre les causes de leurs sujets ayant contracté le VIH. Une place grandissante était faite à des conversations touchant la sexualité et l'homosexualité à l'intérieur de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Il existait une ouverture plus grande à la multidisciplinarité dans le traitement des sujets. Les professionnels de l'étude étaient appelés à travailler intimement avec les compagnies pharmaceutiques et leurs représentants ainsi qu'avec les pharmacies et leurs pharmaciens. Les professionnels de l'étude faisaient une utilisation prépondérante des nouvelles technologies de l'information – Internet et téléphones intelligents de type iPhone. Ils reconnaissent leurs limites physique et professionnelle. Les professionnels avaient également une implication importante avec les autres communautés de pratique, conférences et autres. Ils conservaient toujours une perception négative de la médecine en générale, toujours paternaliste, qui blâmait le sujet pour ce qui lui arrivait et qui était homophobe. Finalement, les professionnels de l'étude étaient toujours impliqués dans un développement professionnel continu où ils poursuivaient leur rôle élargi incluant un volet de recherche appliquée – une médecine expérimentale. Toutefois, ils étaient moins impliqués dans la production de savoirs. Enfin, il semble y avoir un retour vers la pratique médicale centrée principalement sur *conserver la santé* et *guérir les maladies*, étant donné le nombre accru de sujets survivant à l'infection au VIH, grâce à des médicaments de plus en plus puissants et performants. Enfin, les organismes sociaux gais contre le VIH étaient en moins grand nombre et moins militants, surtout à cause de la difficulté qu'avaient ces organismes à recruter des bénévoles afin de les aider à remplir leur mandat. Les organismes communautaires se tournaient donc de plus en plus vers l'offre de services spécialisés.

4.1 – Examen des rapports et des schèmes de référence (les transformations, la consolidation et les apprentissages expérientiels)

Les rapports et les schèmes de référence (connaissances et pratiques) qui sont devenus caducs pour permettre aux professionnels interrogés de saisir le sens de la nouvelle situation et pouvoir réagir de façon pertinente seront d'abord abordés. Les apprentissages expérientiels de nouveaux savoirs réalisés par les professionnels de cette étude seront également examinés. Il s'agira ici de savoirs scientifiques, de savoirs appliqués ou techniques (Van der Maren, 1995), de savoir-faire (Legendre, 2005), de savoir-être (Conseil supérieur de l'éducation, 1996-1997), de savoir-vivre (Faitelson-Weiser, 1997), de savoir-vivre ensemble (Conseil supérieur de l'éducation, 1996-1997), de savoir-paraitre (Robert, 1973 ; Rassat, 1999), de savoir-feindre (Robert, 1973 ; Rassat, 1999) et même d'un savoir-gai (Rassat, 1999).

Afin de faciliter l'examen des apprentissages expérientiels réalisés par les professionnels de l'étude et de vérifier la transformation de certains de leurs rapports et de certains de leurs schèmes de référence, les données ont été regroupées sous deux super catégories, soit la transformation des identités ainsi que la transformation des rapports. D'une part, sous la super catégorie de la transformation des identités se retrouvent la transformation de l'identité personnelle et la transformation de l'identité professionnelle. D'autre part, sous la super catégorie de la transformation des rapports se retrouvent la transformation du rapport thérapeutique professionnel-sujets et la transformation du rapport professionnels-réseaux.

4.1.1 – Transformation des identités personnelle et professionnelle

Selon les données de l'étude, il semble que la pandémie a fait transparaître, chez de nombreuses gens œuvrant dans différentes sphères d'activité (dont celle de la santé), les tabous insidieux qu'ils entretenaient face à la sexualité, à l'homosexualité et en

particulier face au VIH-sida. C'est-à-dire, que certains professionnels se sont mis à discriminer selon le genre, à abandonner leurs sujets et à rejeter ceux des autres parce que ces derniers étaient gais, avaient contracté le VIH ou les deux en même temps. La discrimination selon le genre qu'effectuaient certaines gens, dont celles œuvrant dans le domaine de la santé, a donné lieu à la transformation des identités personnelle et professionnelle des professionnels de l'étude, à la transformation de la façon dont ils avaient de se voir, et de voir et pratiquer la médecine.

L'abandon et le rejet de leurs sujets – patients gais, ayant contracté le VIH ou les deux en même temps, ont mené les professionnels de l'étude à transformer leur identité personnelle, c'est-à-dire, à modifier leur image publique, à sortir de la neutralité sexuelle exigée par leur profession, à afficher ouvertement leur homosexualité et à devenir des professionnels ouvertement gais grandement impliqués dans les causes politiques, sociales et médicales de leurs sujets.

Lors de l'analyse de la retranscription des entretiens effectués auprès des six professionnels de l'étude se rapportant à la transformation des identités personnelle et professionnelle, des apprentissages et des transformations importants de certains de leurs rapports et de certains de leurs schèmes de référence ont été identifiés. En bref, ils ont été amenés à voir dans une perspective nouvelle leur pratique médicale (Mezirow, 1991) et leur identité.

Lors de l'analyse de la retranscription des entretiens, huit thématiques ont été retracées dans les données, chacune en lien avec cette transformation identitaire. Il s'agit de : 1) l'implication militante des professionnels, 2) la logique thérapeutique, 3) le milieu de travail des professionnels, 4) les différents rôles que les professionnels devaient jouer lors du traitement de leurs sujets, 5) les limites des professionnels, 6) les incertitudes scientifico-médicales et professionnelles, 7) les

limites de leur formation médicale, 8) les nouvelles technologies de l'information – Internet et téléphones intelligents de type iPhone, et 9) le rapport à la maladie elle-même.

4.1.1.1 – Transformation de l'implication militante

Les professionnels de l'étude ont mentionné avoir effectué une transformation importante de leurs rapports et de leurs schèmes de référence en ce qui concerne leur implication militante, c'est-à-dire, qu'ils ont reconsidéré et altéré leur implication dans les causes politiques, sociales et médicales de leurs sujets (un **savoir-être**). Il s'agit donc ici d'une transformation de leur rapport à leur pratique médicale et d'une transformation de leur implication, passant de professionnels à professionnels chercheurs praticiens.

a) Transformation de leur rapport à leur pratique médicale

Les propos des Docteurs Antoine et Denis illustrent bien cette transformation puisque pour eux, cela signifiait transformer leur rapport à ce que devait être leur pratique médicale, d'une part pour faire une plus grande place aux soins apportés aux sujets de la communauté gaie, et d'autre part pour faire place à des activités de lobbying au nom de leurs sujets et de la communauté gaie. Ces activités, en distance avec la façon de faire dominante dans la profession, servaient également à démontrer leur engagement et leur solidarité envers cette même communauté et à afficher leur préférence sexuelle – homosexuelle.

« Donc, il y a beaucoup de médecins gais qui ont décidé de se mettre à la tâche. On a pris le contrôle de nos patients. On est devenu leur porte-parole » (Docteur Denis).

« [...], on s'est engagé à fond [...], c'était ça notre engagement » (Docteur Antoine).

« [...] au début de ma carrière, j'ai toujours été ouvert, mais là, je m'affichais. Je n'avais plus peur de m'afficher [...] » (Docteur Denis).

b) Transformation professionnelle (« passant de professionnel à professionnel chercheur praticien »)

Les Docteurs Antoine, Claude, Edgar et François ont alors revu leur rapport à la science médicale et à une profession principalement centrée sur *conserver la santé et guérir les maladies* alors que la maladie demeurait encore incurable à cette phase de la pandémie. Ces professionnels chercheurs praticiens se sont alors mis à effectuer des recherches et à produire de nouvelles connaissances sur la prévention et les soins reliés au VIH-sida en menant des expériences (protocoles de recherche) avec la participation et le consentement des sujets. Les professionnels sont alors devenus très engagés ou ont apporté une contribution importante à la production de nouveaux savoirs.

« On a participé au développement de presque tous les nouveaux médicaments contre le VIH » (Docteur Claude).

4.1.1.2 – Transformation de la logique thérapeutique

Cinq des six professionnels de l'étude ont mentionné que le fait de traiter des sujets ayant contracté les VIH les avait menés à transformer à différents niveaux leurs rapports et leurs schèmes de référence concernant la logique thérapeutique, soit le raisonnement utilisé par les professionnels pour soigner, traiter et guérir leurs sujets. En effet, dans le cadre de cette étude, les professionnels disent qu'ils ont été amenés à reconsidérer et altérer leur perception de la vie, de la mort, du temps, de l'euthanasie, du risque, de l'acharnement thérapeutique, de l'exclusivité professionnelle et de la fidélité de leurs sujets, ainsi qu'à apprendre de façon expérientielle l'existence de certains sujets qui étaient incapables de faire face à la mort (un **savoir-être** [ou **mourir**] et un **savoir-faire**).

**a) Transformation du rapport à la vie
(« en profiter pleinement un jour à la fois »)**

Les Docteurs Antoine, Bernard et Denis ont été amenés à transformer leur rapport à la vie afin de leur permettre de la voir sous un autre angle. Ils ont donc été amenés à profiter pleinement de la vie, au jour le jour.

« J'ai appris à profiter de la vie [...] » (Docteur Bernard).

« J'ai appris à vivre au jour le jour » (Docteur Antoine).

b) Transformation de la perception de la mort (« occurrence »)

Pour les Docteurs Antoine et Bernard, Claude, Denis et Edgar, cela signifiait transformer leur perception de la mort afin de prendre en compte son occurrence anormalement élevée chez leurs sujets ayant contracté le VIH ainsi que leur incapacité ressentie à faire quoi que ce soit avec leur pratique médicale pour diminuer son occurrence et atténuer les effets sur leurs sujets.

« [...] on a vu ce que c'est de perdre des patients, on en a perdu beaucoup. Mon pire épisode, c'est lorsque j'en ai perdu 14 en 10 jours. C'était affreux, ça veut dire que tu as un patient qui rentre dans ton bureau, il est malade et tu l'envoies à l'hôpital. Le patient suivant, c'est l'ami du patient précédent. Il te dit que l'autre patient est mort. Et lui aussi, tu l'envoies à l'hôpital et il meurt. Après, c'est la mère du patient qui t'appelle pour te remercier pour tout ce que tu as fait parce que tu es allé aux funérailles. C'était comme ça sans arrêt. Puis, c'était l'hôpital qui t'appelait pour te dire qu'un tel patient était mort » (Docteur Antoine).

« Il y avait du fatalisme, tout le temps » (Docteur Bernard).

« Ce qu'on disait aux patients, c'était qu'ils allaient mourir dans quelques mois, ou dans quelques années, si tout allait bien. Donc, c'était très noir à cette époque-là » (Docteur Claude).

c) Transformation de la perception du temps (« la durée »)

Pour les Docteurs Antoine et Denis, la pandémie les a conduits à transformer leur perception du temps afin de prendre en compte le fait que leurs sujets n'étaient pas

éternels et que la vie était d'une durée hautement imprévisible, donc qu'ils allaient tous mourir un jour.

« Le rapport au temps. Cette sensation qu'on n'est pas éternel et qu'on va tous mourir un jour » (Docteur Antoine).

« Comme la vie de n'importe qui, c'est la durée qui est différente [...] » (Docteur Denis).

d) Transformation de la perception de l'euthanasie (« à la demande des sujets »)

Pour les Docteurs Claude et Denis, cela signifiait transformer leur perception de l'euthanasie afin de prendre en compte, au risque de leur propre carrière, la demande des sujets, ou de leurs proches, de les aider à mettre fin à leurs jours afin de pouvoir mourir en toute dignité – l'euthanasie.

« C'est pendant l'évènement où je me suis dit : "Qu'est-ce qu'ils [les proches du sujet] vont faire avec ce que je leur ai procuré ?" Est-ce qu'ils vont provoquer le décès du patient ? Puis, en même temps, quelque part je me disais, bien si le patient n'est vraiment plus bien, peut-être que c'est mieux qu'il meurt. Mais en même temps, j'étais bien conscient, à l'époque, que l'euthanasie était illégale (Docteur Claude).

e) Transformation de la perception du risque (« risquer de dire, risquer de se faire faire du mal »)

Le Docteur Bernard a signalé comment sa perception du risque a été transformée afin de prendre en compte la transformation qu'il avait préalablement effectuée à son rapport et à son schème de référence concernant le temps. Ainsi, il considérerait que c'était maintenant le moment pour lui de régler des choses, avec lui-même, ses sujets et d'autres personnes, qu'il n'aurait possiblement pas réglées dans d'autres circonstances.

« Souvent, c'est le temps de régler des choses qu'on ne dirait pas à quelqu'un, de prendre le risque » (Docteur Bernard).

Les Docteurs Claude et Denis ont alors été confrontés au risque réel ou apparent qu'ils couraient en exerçant leur profession en temps de pandémie, vu l'incertitude scientífico-médicale qui régnait à l'époque concernant les modes de transmission.

« J'avais peur pour ma santé chaque fois que j'étais en contact avec un patient puisqu'à ce moment-là, je ne connaissais pas les modes de transmission » (Docteur Claude).

« Il n'y avait aucune raison pour laquelle je ne pourrais pas moi-même tomber victime de cette maladie. Au début, je ne savais même pas si je pouvais l'attraper en touchant mes patients. [...] Je n'ai jamais arrêté d'être prêt d'eux. Mais, je ne savais pas si par accident, je m'infecterais et quel impact ça aurait sur ma vie [...] » (Docteur Denis).

f) Transformation de la perception de l'acharnement thérapeutique (« cesser d'imposer sa volonté »)

Les Docteurs Denis et Edgar ont été amenés à transformer la perception qu'ils détenaient de l'acharnement thérapeutique. Ils ont dû cesser d'imposer leur volonté sur leurs sujets. Ils devaient commencer à déterminer le moment où il fallait arrêter les thérapies, les traitements et les médicaments puisque ces derniers ne donnaient aucun résultat.

« À un certain moment, j'ai compris qu'il fallait que j'arrête de vouloir guérir un patient à tout prix. Aussi longtemps que je pensais qu'il y avait une chance de guérir un patient, j'essayais d'autres médicaments. J'agissais ainsi parce que lorsque je réussissais à soigner un patient, c'était bien vu par les autres médecins, ils avaient une bonne impression de mes capacités comme médecin » (Docteur Denis).

« Je pense que c'était important de réaliser qu'il y avait des limites à administrer des médicaments aux patients lorsque les médicaments n'ont aucun effet sur la maladie » (Docteur Edgar).

g) Transformation de la perception de l'exclusivité professionnelle et de la fidélité de leurs sujets (« aller chercher plus d'une opinion »)

Les Docteurs Antoine et François ont questionné les notions qu'ils détenaient concernant l'exclusivité professionnelle et la fidélité que leurs sujets devaient avoir

envers eux. Ils ont accepté que leurs sujets puissent voir un autre professionnel pour valider les informations et les diagnostics qu'ils avaient formulés.

« L'autre chose qui était aussi à la mode à l'époque chez les patients, c'était d'avoir deux docteurs spécialisés dans le traitement du VIH [...] » (Docteur Antoine).

« Les patients voyaient régulièrement cinq ou six docteurs différents spécialisés dans le traitement du VIH [...] » (Docteur François).

h) Apprendre l'incapacité de certains sujets à faire face à la mort (« faire face à la maladie »)

Le Docteur Denis a dû apprendre de façon expérientielle que certains sujets étaient incapables de faire face à la mort et que c'était souvent le cas lorsque ces derniers et leur famille n'avaient pas été capables de faire face à la maladie elle-même – le VIH-sida (un **savoir-vivre ou mourir**).

« Le problème du patient, c'est qu'il n'est pas capable de faire face à sa mort [le professionnel pleure] » (Docteur Denis).

« La famille et le patient n'ont pas fait face à la maladie » (Docteur Denis).

4.1.1.3 – Transformation de la vision du milieu de travail

Les professionnels de l'étude ont mentionné que le fait que de traiter des sujets ayant contracté le VIH les a menés à transformer la vision qu'ils possédaient de leur milieu de travail. Ils ont élargi leur vision des lieux de pratique, de ce qu'ils pensaient être, avant de devenir professionnel (Docteur), et de l'endroit où ils seraient amenés à pratiquer (un **savoir-faire** et un **savoir-vivre ensemble**).

Pour les Docteurs Antoine, Claude et Denis, cela voulait dire transformer leur image des lieux traditionnels de pratique médicale, soit : les cliniques privées, les centres locaux de services communautaires et les centres hospitaliers, afin d'y inclure

d'autres lieux de pratique médicale (milieux de travail) moins traditionnels, par exemple : les centres d'hébergement, les résidences et les maisons pour leurs sujets ainsi que dans la résidence (maison) privée de ces derniers. Certains professionnels ont même été appelés à effectuer des consultations médicales dans les prisons.

« L'autre chose qui a changé [...], c'est qu'on faisait du suivi à domicile. On accompagnait nos patients jusqu'à la mort. On allait aux funérailles et aux centres d'hébergement pour sidéens [...] » (Docteur Antoine).

« [...] je travaillais aussi dans une prison où se trouvaient certains de mes patients [...] » (Docteur Claude).

4.1.1.4 – Transformation du rôle du professionnel

Selon les données de l'étude, les Docteurs Antoine, Denis, Edgar et François ont indiqué avoir été amenés à apprendre de façon expérientielle à ne pas seulement être professionnels « médecins », mais également à être travailleurs sociaux, psychologues, guides, conseillers et entraîneurs (un **savoir-faire**).

« Puis à l'époque, on n'était pas seulement médecins [...] » (Docteur Antoine).

« [...] on était aussi des travailleurs sociaux » (Docteur Antoine).

« [...] malgré qui tu es, tout ce que je peux être, c'est un guide » (Docteur Denis).

« Dans bien des cas, nous sommes aussi le support psychologique, le support moral » (Docteur Denis).

« [...] notre rôle c'est d'offrir des conseils [...] » (Docteur Edgar).

« [...] je suis un guide. Je suis un entraîneur pour mes patients » (Docteur François).

4.1.1.5 – Transformation de la perception des limites du professionnel

Les professionnels de l'étude ont aussi signalé une transformation importante de leur rapport et de leur schème de référence en ce qui concerne les limites de la profession,

c'est-à-dire, à reconsidérer et altérer la perception qu'ils avaient de leurs limites physique et professionnelle (un **savoir-être**).

a) Transformation de la perception des limites physique et professionnelle du professionnel (« ne peut pas tout faire et n'est pas tout puissant »)

Pour les Docteurs Denis, Claude et Edgar, cela signifiait transformer la notion qu'ils entretenaient de leurs capacités physiques dans un contexte où la charge de travail augmentait sans cesse alors qu'un grand nombre de leurs sujets mouraient. Ils ne pouvaient pas tout faire et ils n'étaient pas tout-puissants.

« Je ne suis pas tout puissant non plus [...] » (Docteur Claude).

« [...] Un médecin peut en faire beaucoup, mais il y a des limites à ce qu'il peut faire. Il ne peut pas tout arrêter, la vie, la maladie. C'est difficile quelques fois de changer le cheminement de la maladie » (Docteur Edgar).

b) Transformation de la perception des limites cognitives (« ne pas tout savoir »)

Les Docteurs Bernard et Denis ont dû souvent déclarer à leurs sujets qu'ils ne savaient pas ce que ces derniers avaient et que leur expertise avait atteint ses limites.

« [...], je n'ai pas de misère à dire à mes patients que je ne sais pas ce qu'ils ont » (Docteur Bernard).

« [...], je ne savais même pas comment mes patients avaient attrapé le VIH » (Docteur Denis).

4.1.1.6 – Transformation des certitudes scientifico-médicales et professionnelles

La majorité des professionnels de l'étude ont mentionné avoir dû transformer leur conception de la certitude scientifico-médicale, c'est-à-dire, reconsidérer et altérer leur rapport à la science médicale, à leur profession et aux risques inhérents à la

pratique médicale. Ils n'avaient d'autre choix que d'apprendre dans l'action, de façon expérientielle (un **savoir-être** et un **savoir-faire**).

a) Apprendre dans l'action (« le traitement du VIH et du sida »)

Les Docteurs Antoine, Denis et Edgar ont dû apprendre de nouvelles stratégies dans l'action « sur le tas », les thérapies à faire suivre, les interactions médicamenteuses et alimentaires des médicaments prescrits, les thérapies alternatives (naturelles) existantes, le dosage des médicaments prescrits, les infections opportunistes possibles du VIH, le suivi sérologique à effectuer, les effets secondaires des médicaments prescrits et les modes de transmission du VIH.

« Il faut que tu apprennes les nouvelles thérapies, [...] le dosage, [...] les effets secondaires, [...] les infections opportunistes [...] » (Docteur Antoine).

« [...], il y a les interactions médicamenteuses avec les thérapies alternatives » (Docteur Edgar).

Pour les Docteurs Antoine, Bernard, Denis, Edgar et François, au début de la pandémie, la certitude scientifico-médicale perdait sa crédibilité face à une maladie infectieuse qui n'avait pas encore de nom et dont ils ne connaissaient pas les modes de transmission.

b) Transformation du rapport à la certitude scientifico-médicale (« pratiquer sans données probantes »)

Pour ces mêmes professionnels, au fur et à mesure des avancées scientifico-médicales, cela signifiait transformer leur rapport à la certitude scientifico-médicale afin de pratiquer dans un milieu où les médicaments étaient plus nombreux, en continuel changement, où les données pour soutenir les décisions qu'ils prenaient (concernant le début ou non ainsi que l'arrêt des traitements, le choix des

médicaments à prescrire) étaient manquantes, et où ils ne connaissaient pas les interactions médicamenteuses et alimentaires.

« Puis, il y a la monothérapie séquentielle. [...] On ne fait plus ça maintenant. Souvent, c'est ce que je disais à mes patients. Le médicament que tu prends présentement a une valeur précise dans le temps. Possiblement qu'un jour, ce médicament sera complètement désuet » (Docteur Antoine).

« [...] lorsque je n'avais pas d'information sur les interactions des médicaments avec certains aliments comme l'ail, je disais à mes patients que c'était mieux de faire attention et de ne pas en manger tous les jours [...] » (Docteur Antoine).

4.1.1.7 – Transformation de la perception des limites de la formation médicale

Certains professionnels de l'étude ont mentionné avoir dû transformer leur perception de la Faculté de médecine et du Collège des médecins tandis que d'autres ont mentionné avoir consolidé la perception qu'ils détenaient de la médecine en général.

a) Transformation de l'image de la Faculté de médecine et le Collège des médecins (« ne les avaient pas préparés à l'éventualité d'une pandémie »)

Deux professionnels ont mentionné avoir transformé leur image de la Faculté de médecine et du Collège des médecins. Les Docteurs Antoine et Edgar ont dû reconnaître les limites de la formation qu'ils avaient reçue. Cette formation initiale ne leur permettait pas de faire face à cette nouvelle pandémie. Ils constataient aussi la piètre compréhension de la Faculté de médecine et du Collège des médecins des réalités journalières des professionnels aux prises avec cette nouvelle situation médicale qui exigeait, entre autres, des pratiques alternatives. C'est dans l'action qu'ils devaient désormais apprendre ce que ces institutions ne leur avaient pas enseigné.

« [...] à la Faculté de médecine, ils ne nous avaient pas appris à gérer un grand nombre de morts, et en surcroît qui étaient de jeunes patients [...] » (Docteur Antoine).

« Le domaine des thérapies complémentaires et des médecines alternatives [...] les médecins [...] n'ont pas beaucoup de formation à ce propos » (Docteur Edgar).

**b) Consolidation de la perception de la médecine en général
(« paternaliste, qui blâme les sujets et qui entretient des préjugés »)**

Les Docteurs Claude, Denis et Edgar ont consolidé la perception qu'ils avaient de la médecine en général qui, selon eux, est toujours paternaliste et souvent portée à jeter le blâme sur les sujets et à entretenir des préjugés face à la communauté gaie (un nouveau **savoir-être** et un autre **savoir-vivre ensemble**).

« [...] la médecine est très paternaliste. Le médecin dans sa pratique médicale est assez paternaliste, [...] dans le domaine de la médecine, le patient est souvent blâmé pour ce qui lui arrive [...] » (Docteur Edgar).

« [...] j'étais dans un système qui était vraiment vieux jeu. Tu pouvais être gai, mais tu ne pouvais pas le montrer. Tu n'invitais pas ton amant aux soupers du département de médecine. Tu faisais semblant d'être hétérosexuel. Tu allais aux soirées avec une fille, tu y allais seul ou tu n'y allais pas du tout » (Docteur Denis).

c) Apprendre ailleurs qu'à la Faculté de médecine (« apprentissages expérientiels »)

Pour le Docteur Bernard, cela signifiait apprendre de façon expérientielle en milieu de travail, c'est-à-dire, que des apprentissages expérientiels réalisés en milieu de travail étaient possibles et pouvaient combler les autres formations préalablement reçues.

« Tu n'apprends pas à te servir de ton pouvoir nécessairement à la Faculté de médecine, tu t'en aperçois en milieu de travail, à la clinique lors de la relation thérapeutique médecin-patient » (Docteur Bernard).

4.1.1.8 – Apprendre à se familiariser avec les nouvelles technologies de l'information

Quatre professionnels (les Docteurs Antoine, Denis, Edgar et François) ont dû se familiariser avec les nouvelles technologies de l'information, Internet et les téléphones intelligents de type iPhone⁷. Ils ont effectué cet apprentissage non seulement afin de se maintenir à jour sur les maladies, les interactions médicamenteuses, les traitements, les médicaments et les traitements alternatifs, mais aussi pour augmenter la fidélité aux médicaments, être en communication avec la communauté gaie et trouver les sites où naviguaient leurs sujets afin de pouvoir les informer des sites qui véhiculaient de bonnes et de fausses informations.

« Les médecins peuvent augmenter la fidélité aux médicaments en utilisant des outils comme Internet » (Docteur Edgar).

« Aujourd'hui, les patients naviguent beaucoup sur l'Internet. Je m'assure qu'ils naviguent sur des sites crédibles » (Docteur François).

« J'ai appris à utiliser l'iPhone afin d'effectuer des recherches sur les interactions médicamenteuses entre les thérapies conventionnelles et les thérapies alternatives » (Docteur Edgar).

4.1.1.9 – Apprendre un nouveau rapport à la maladie elle-même

Les données indiquent également que les Docteurs Bernard et François ont été amenés à apprendre de façon expérientielle qu'ils n'étaient pas obligés d'être séropositifs pour traiter leurs sujets. Au contraire, ils devaient être le plus en santé possible pour exercer dans le domaine du traitement des sujets ayant contracté le VIH (un **savoir-être**).

⁷ L'iPhone est un téléphone intelligent (*smartphone*) conçu par Apple. Il intègre donc dans un même terminal de petite taille la téléphonie mobile et les fonctionnalités de base d'un ordinateur, comme l'accès à Internet, la bureautique, le multimédia et les jeux.

« [...] plusieurs années sont passées avant que je comprenne que je n'étais pas obligé d'avoir contracté le VIH pour soigner les patients ayant contracté le VIH. Je ne suis pas obligé d'être re-compassant avec les gens en soins palliatifs. Que les gynécologues ne sont pas toutes des femmes qui ont accouché » (Docteur Bernard).

« [...] il faut essayer d'être le plus en santé possible pour soigner ses patients » (Docteur Bernard).

Retour sur la transformation des identités personnelle et professionnelle

Les apprentissages expérientiels mentionnés se rapportaient aux domaines du savoir-être, du savoir-faire et du savoir-vivre ensemble. L'analyse des données de la retranscription des entretiens semi-dirigés permet de mentionner que, suite à l'accroissement de l'épidémie du VIH et du sida, tous ont mentionné avoir été amenés à transformer la perception qu'ils avaient de la vie, de la mort, du temps, de l'euthanasie, du risque, de l'acharnement thérapeutique, et de l'exclusivité professionnelle et de la fidélité des sujets. Tous ont dû prendre leur distance face à la neutralité professionnelle traditionnelle et sont devenus militants à divers degrés. La majorité d'entre eux ont modifié, par la force des circonstances, l'étendue de leur expertise et leur façon habituelle de procéder afin d'épouser les caractéristiques d'autres professions. Tous ont également mentionné avoir été amenés à transformer la notion qu'ils avaient de leurs limites physiques et professionnelles. La majorité d'entre eux ont modifié l'image qu'ils s'étaient faite et la perception qu'ils avaient de leur milieu de travail et de leur pratique médicale avant la pandémie. En plus des cliniques privées, des centres locaux de santé communautaire et des centres hospitaliers où ils pratiquaient déjà, ils ont été conduits à pratiquer dans des prisons, des centres d'hébergement, des résidences et des maisons pour sujets ainsi que dans la résidence (maison) privée de certains de ces derniers.

Les données le démontrent, la majorité des professionnels ont été amenés à transformer leur conception de la certitude scientifico-médicale, c'est-à-dire, le rapport à la science médicale, à la profession, aux risques inhérents à la pratique

médicale – l’incertitude scientifico-médicale devenait une réalité quotidienne. Il en est de même du rapport aux nouvelles technologies de l’information – Internet et les téléphones intelligents de type iPhone. Deux professionnels de l’étude ont souligné comment la formation initiale qu’ils avaient reçue ne leur permettait pas de faire face à cette nouvelle pandémie. Ils constataient aussi la piètre compréhension de la Faculté de médecine et du Collège des médecins des réalités journalières des professionnels aux prises avec cette nouvelle situation médicale qui exigeait des pratiques alternatives. Enfin, nos données montrent que la majorité des professionnels de l’étude ont été amenés à consolider la perception qu’ils avaient de la médecine en général, toujours un peu paternaliste, souvent portée à jeter le blâme sur les sujets et entretenant des préjugés face à la communauté gaie.

C’est donc dire qu’à travers les apprentissages expérientiels ainsi que la transformation de certains de leurs rapports et de certains de leurs schèmes de référence, les professionnels de l’étude ont été amenés à transformer leurs identités personnelle et professionnelle. Ils se sont impliqués à fond non seulement dans la recherche et l’application des soins apportés aux sujets de la communauté gaie ayant contracté le VIH, mais aussi dans des activités de lobbying au nom de ces derniers et de la communauté gaie. Du point de vue de l’identité professionnelle, les données démontrent que les professionnels de l’étude ont été amenés à transformer leur rapport à la science médicale, une profession principalement centrée sur « conserver la santé et guérir les maladies ». Ils sont devenus des professionnels chercheurs praticiens, impliqués à fond non seulement dans la mise en application des nouveaux savoirs, mais aussi dans leur production. Quant à leur identité personnelle, ils sont devenus des professionnels ouvertement gais.

4.1.2 – Transformations du rapport thérapeutique professionnel-sujets

Lors de l'analyse de la retranscription des entretiens effectués auprès des six professionnels de l'étude se rapportant à la transformation de certains éléments de la relation thérapeutique professionnel-sujets, trois ont été retracées, soit : 1) la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets, 2) l'autonomisation grandissante des sujets dans leurs rapports aux professionnels, et 3) l'accroissement de la place de la sexualité et de l'homosexualité lors des entretiens thérapeutiques professionnel-sujets.

4.1.2.1 – Transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets

Tous les professionnels de l'étude ont mentionné avoir été amenés à transformer la relation thérapeutique traditionnelle qu'ils entretenaient avec leurs sujets. Ils ont été conduits à renforcer les critères entourant la confidentialité. Puis, ils ont été amenés à prendre conscience (de façon expérientielle) du pouvoir qu'ils détenaient et de la façon de s'en servir au moment opportun, de la distance thérapeutique à conserver lors du traitement de leurs sujets, du besoin d'éduquer leurs patients, de l'inversion possible des rôles – professionnels-sujets, et de la nécessité de respecter la volonté de leurs sujets, sans les confronter, ni les juger (un **savoir-faire**, un **savoir-être** et un **savoir-vivre ensemble**).

a) Renforcement des critères entourant la confidentialité (« une relation qui se tient entre quatre murs »)

Pour les Docteurs Antoine, Denis et François, cela signifiait être amenés à renforcer les critères entourant la confidentialité tout en continuant à se conformer aux exigences prescrites par la loi – la déclaration obligatoire, afin de prendre en compte les nouvelles exigences de leurs sujets – la non-divulgateion. Ceux-ci demandaient expressément que la confidentialité soit préservée tout au long des traitements, donc

que leur entourage ne soit pas mis au courant de leur infection au VIH et que, lors de leur décès, la raison de leur mort ne soit pas divulguée et indiquée sur le certificat de décès.

« La relation thérapeutique médecin-patient est une relation qui se tient entre quatre murs [...]. Très souvent, nous [...] sommes les seuls à savoir que certains de nos patients sont séropositifs. Leur milieu de travail ne le sait pas. Leur entourage ne le sait pas » (Docteur Antoine).

« Le patient ne voulait pas que la raison de son décès soit inscrite sur son certificat de décès » (Docteur Denis).

b) Apprendre à se servir de son pouvoir (« l'éducation des sujets »)

Les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Edgar et François ont indiqué être bien conscients de la position de pouvoir dans laquelle ils se situaient et avoir été amenés à apprendre dans l'action comment s'en servir afin de tenter de changer certaines habitudes ou d'aider certains de leurs sujets, de les éduquer (un **savoir-faire**).

« [...] je me sers beaucoup du pouvoir que j'acquiers grâce à ce que mes patients me disent pour les conseiller et pour tenter d'intervenir là où je crois que c'est possible et opportun [...] » (Docteur Claude).

c) Transformation de la distance thérapeutique entre un professionnel et ses sujets (« s'identifier à la clientèle »)

Les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Denis et Edgar ont indiqué avoir été amenés à réaliser que la frontière entre eux et leurs sujets s'estompait au fur et à mesure que des gens se présentaient à leur clinique, des gens qui étaient ou qui jadis avaient été des amis, des amants, des collègues de travail, ou autres membres de la communauté gaie à laquelle eux-mêmes appartenaient (un **savoir-être ensemble**).

« C'était une clientèle à laquelle je m'identifiais beaucoup parce qu'ils étaient comme moi, à l'époque, de jeunes hommes gais qui se découvraient un peu, qui commençaient à vivre leur vie d'homme gai » (Docteur Claude).

« La frontière entre le médecin et le patient n'était pas très grande. Souvent, il n'y en avait pas. [...] j'ai commencé à voir mes amis à la clinique [...]. Et, je me souviens du jour où un de mes grands amis, un collègue de travail, est venu me voir » (Docteur Denis).

d) Transformation de la distance thérapeutique entre le professionnel et ses sujets (« développer un lien fort jusqu'à la mort »)

Les mêmes professionnels ont également mentionné avoir été amenés à constater la transformation de la distance thérapeutique entre eux et leurs sujets lorsque la relation thérapeutique s'étalait sur une longue période. Celle-ci pouvait débuter, dans certains cas, avant même que le sujet contracte le VIH. Ou encore, la relation thérapeutique pouvait commencer lorsque ce dernier avait contracté le VIH et avait été diagnostiqué. Enfin, la relation thérapeutique pouvait s'étaler jusqu'à la mort du sujet et même après sa mort (un **savoir-être ensemble**).

« Je suis assez proche de mes patients. [...] Il y a plusieurs de mes patients avec qui je développe un lien un peu plus fort. Quand ça fait plus de 20 ans que tu les soignes, tu développes un lien un peu plus fort » (Docteur Claude).

« [...] nous accompagnions nos patients jusqu'à la mort » (Docteur Antoine).

« Pendant la première période de la pandémie, la période où beaucoup de patients mouraient, c'était très important que je sois là au début, lorsque la séropositivité était découverte, pendant la période où toutes les infections opportunistes se produisaient, et à la fin de la trajectoire de l'infection au VIH de mes patients, pour avoir l'occasion de leur dire au revoir [...]. J'assistais aux funérailles de mes patients ayant contracté le VIH. J'allais au salon funéraire » (Docteur Denis).

e) Transformation de la distance thérapeutique entre un professionnel et ses sujets (« rebâtir la frontière »)

À un certain moment au cours de la pandémie, possiblement entre la fin des années 1980 et le début des années 1990, les Docteurs Bernard et Denis ont compris qu'ils devaient commencer à rebâtir la frontière (la distance thérapeutique) qui jadis existait entre eux et leurs sujets et qui s'estompait de plus en plus depuis l'arrivée de la pandémie (un **savoir-être**).

« [...] les médecins ont dû se mettre à prendre à nouveau une certaine distance, distance entre le médecin et l'infection de ses patients, distance entre le médecin et ses patients [...] » (Docteur Bernard).

f) Apprendre à éduquer ses sujets (« à la santé et à la prévention »)

Les Docteurs Bernard, Claude, Denis, Edgar et François ont pris conscience qu'ils devaient apprendre à faire, à l'intérieur de leur pratique médicale, un travail éducatif auprès de leurs sujets : éducation à la santé, aux infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et à la sexualité (un **savoir-faire**).

« Je m'occupe [...] de leur éducation médicale [...]. Je leur dis de se protéger et de protéger les autres gens avec qui ils ont des relations sexuelles à risque. Je leur parle des risques pour eux-mêmes d'être surcontaminés lors de relations sexuelles non protégées. Puis, je leur parle de l'impact possible s'ils se rendaient compte, un jour, qu'ils avaient transmis le VIH à quelqu'un d'autre. Ma réaction a été de faire un petit peu d'éducation à la sexualité » (Docteur Claude).

g) Prendre conscience de l'inversion possible des rôles (« soignés, traités »)

Les Docteurs Claude, Denis et Edgar ont pris conscience de l'inversion possible des rôles. Cela signifiait être amenés à comprendre que les rôles dits traditionnels professionnel-sujets pouvaient, à certains moments, être inversés (un **savoir-être**). Tantôt, ils étaient soigneurs, traiteurs et leurs sujets étaient soignés, traités. Puis, à d'autres moments, ils devenaient soignés, traités et leurs sujets devenaient soigneurs, traiteurs. L'inversion des rôles se produisait souvent lorsque les sujets prenaient conscience que leurs professionnels étaient possiblement plus malades qu'eux ou qu'ils se préoccupaient tout bonnement du bien-être physique et mental de ce dernier.

« [...] il me semble que le patient essayait presque de me reconforter [...] » (Docteur Claude).

« [...] c'était le patient qui était en train de s'occuper du médecin. Comme, s'il pensait que la situation était trop intense pour le médecin » (Docteur Denis).

h) Apprendre à respecter les sujets (« la confrontation, le jugement, l'écoute, le respect »)

Les Docteurs Antoine, Claude, Denis et Edgar ont indiqué avoir appris dans l'action à ne pas confronter les sujets, à porter moins de jugements à leur endroit, à écouter et à respecter leurs revendications et leurs volontés (un **savoir-faire**).

« Ce que j'ai appris, c'est qu'il faut faire attention à la confrontation » (Docteur Claude).

« On ne juge pas les patients » (Docteur Antoine).

« Ce que j'ai appris, c'est qu'il faut [...] que je respecte le patient qui a contracté le VIH et qui vit présentement avec cette infection » (Docteur Denis).

i) Apprendre une technique (« comment annoncer une mauvaise nouvelle à un sujet »)

Le Docteur Claude a été amené à apprendre de façon formelle (une formation à l'extérieur du bureau) et de façon expérientielle (à l'intérieur de sa pratique médicale) une technique pour annoncer une mauvaise nouvelle à ses sujets (un **savoir-faire**).

« J'ai appris comment annoncer une mauvaise nouvelle à un patient en douceur afin de minimiser les traumatismes chez ce dernier, comment le préparer à recevoir une mauvaise nouvelle [...] » (Docteur Claude). [...] j'ai appliqué la technique que j'avais apprise pour annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un [...] » (Docteur Claude).

4.1.2.2 – Transformation de l'autonomie des sujets grâce aux mouvements gais contre le VIH

Tous les professionnels de l'étude ont mentionné avoir dû revoir le mode de conversation thérapeutique professionnel-sujets qu'ils utilisaient et à apprendre à justifier leurs décisions, à expliquer leur pensée, à porter une plus grande attention à leurs paroles et à négocier avec leurs sujets impliqués dans les mouvements sociaux

gais contre le VIH afin de prendre en compte leur autonomisation grandissante dans leurs rapports avec eux (les professionnels) (un **savoir-faire**).

a) Transformation du mode de conversation thérapeutique professionnel-sujets (« plus soutenues et stimulantes »)

Pour les Docteurs Antoine et Bernard, transformer le mode de conversation thérapeutique professionnel-sujets signifiait se mettre à engager des conversations thérapeutiques soutenues, stimulantes et à un plus haut niveau avec leurs sujets.

« Cela fait une différence lorsque les patients sont impliqués dans les mouvements sociaux gais contre le VIH. L'avantage c'est que les conversations sont plus stimulantes » (Docteur Antoine).

« C'est certain que tu n'as pas le même niveau de discussion avec les patients impliqués dans les mouvements sociaux gais contre le VIH parce qu'ils comprennent ce qui se passe et sont au courant des possibilités de traitement » (Docteur Bernard).

b) Apprendre à expliquer et à donner les raisons de leurs décisions (« avoir à discuter et à négocier »)

Pour les Docteurs Antoine, Bernard et Claude, comme les données l'indiquent, cela signifiait apprendre à expliquer et à donner les raisons des décisions qu'ils prenaient concernant la santé de leurs sujets et à faire attention au choix des mots qu'ils utilisaient lorsqu'ils devaient en fournir. Ils ont été amenés à apprendre à discuter et négocier avec leurs sujets le début ou non ainsi que l'arrêt des traitements et le choix des médicaments à prescrire (un **savoir-faire**).

« Lorsque tu traites un patient impliqué dans les mouvements sociaux contre le VIH, tu dois plus expliquer le cheminement de ta pensée et le traitement que tu désires administrer [...] » (Docteur Bernard).

« Quand je parlais à un patient impliqué dans les mouvements sociaux contre le VIH, il fallait que je fasse attention à ce que je disais. Je ne pouvais pas dire n'importe quoi parce qu'il était informé et il aurait pu me questionner. Je savais qu'il était conscientisé. Donc, il fallait que j'explique bien les choses, la situation et les traitements. Lorsque je traite un patient impliqué dans les mouvements sociaux contre le VIH, j'ai appris qu'il fallait que je

« négocie quelquefois avec ce dernier, par exemple, le moment du début ou non des traitements » (Docteur Claude).

4.1.2.3 – Transformation de la conversation médicale

Tous les professionnels de l'étude disent avoir dû apprendre à prendre en compte l'accroissement de la place de la sexualité et de l'homosexualité lors de la conversation thérapeutique qu'ils avaient avec leurs sujets (un **savoir-faire** et le **gai savoir** ou de **savoir-gai**).

a) Accroissement des conversations concernant les comportements (« comportements à risque des sujets »)

Pour les six professionnels interrogés, cela signifiait être amenés à accorder une plus grande place aux conversations touchant les comportements à risque que leurs sujets avaient pu avoir, les drogues et l'alcool qu'ils consommaient, les *raves*⁸ auxquels ils participaient et le *cruising*⁹ qu'ils effectuaient, à l'intérieur de la conversation thérapeutique.

« Mes patients me parlent de tout, de leur intimité, de ce qu'ils vivent émotionnellement dans leur vie sexuelle, de leur consommation de drogues, du "cruising" qu'ils effectuent » (Docteur Claude).

« Un patient me rapportait qu'il avait eu plusieurs partenaires qui ne se protégeaient pas [...] » (Docteur François).

« Les patients me parlent des *raves* auxquels ils allaient [...] » (Docteur Denis).

⁸ *Rave*, *rave dance*, et *rave party* sont des termes ou expressions utilisés pour décrire des fêtes où les gens dansent en écoutant de la musique électronique et en visualisant des spectacles de lumières jusqu'aux petites heures du matin. La musique est produite en direct ou via un ou des *disc jockeys*.

⁹ Le terme *cruising* est employé pour définir l'activité qu'exercent certaines gens lorsqu'elles sont à la recherche d'un(e) partenaire sexuel(le) dans des lieux publics.

b) Accroissement des conversations touchant le désarroi des patients (« le rejet »)

Les Docteurs Claude et Edgar ont également indiqué avoir été conduits à transformer la conversation thérapeutique afin de faire une plus grande place à des conversations touchant le désarroi de leurs sujets, le rejet auquel ils font face sur une base régulière, soit le rejet amoureux et affectif, de la société en général et de la communauté gaie en particulier.

« Les patients me parlent du rejet auquel ils font face de la société en général et de la communauté gaie en particulier [...] » (Docteur Edgar).

c) Apprendre à parler des expériences sexuelles des sujets à l'intérieur de la conversation thérapeutique (« les saunas, les orgies »)

Puis, les Docteurs Claude et François ont indiqué avoir été amenés à parler des expériences sexuelles de leurs sujets, des saunas, des endroits où ils rencontraient des partenaires et des orgies auxquelles ces derniers participaient ou desquelles ils étaient au courant.

« Le patient a commencé à me raconter qu'il allait dans l'un des saunas [...], celui qui a l'air le plus terrible, où tout le monde, semble-t-il, va pour baiser. C'est mal vu d'essayer de se protéger dans ce sauna-là. Puis, il me dit qu'il faisait comme les autres, qu'il y allait, puis qu'il baisait avec tout le monde sans se protéger, sans poser de questions, sans demander à l'autre s'il était séropositif comme lui » (Docteur Claude).

Retour sur la transformation du rapport thérapeutique professionnel-sujets

La pandémie a transformé le rapport thérapeutique professionnel-sujets des professionnels de l'étude ainsi que certaines façons qu'ils avaient de se voir, et de voir et pratiquer la médecine. Tous les professionnels de l'étude ont mentionné avoir été amenés à réaliser de tels apprentissages dans l'action. Les apprentissages expérientiels mentionnés par les professionnels étaient de l'ordre des savoir-faire

(par exemple : l'éducation à la santé, aux infections transmises sexuellement et par le sang [ITSS] et à la sexualité à l'intérieur de leur pratique), des savoir-être (par exemple : la remise en question de la distance thérapeutique entre eux et leurs sujets), des savoir-vivre ensemble (par exemple : ne plus confronter, ni juger leurs sujets) et finalement, des savoir-gai (par exemple : le désarroi de leurs sujets, les comportements à risque, les drogues, l'alcool, les *raves* et le « cruising »).

Notre analyse des données de la retranscription des entretiens semi-dirigés permet d'affirmer que tous les professionnels de l'étude ont indiqué avoir transformé le rapport qu'ils avaient avec leurs sujets. Tous ont également mentionné avoir dû transformer le niveau de la conversation thérapeutique professionnel-sujets où parler de sexualité et d'homosexualité devenait chose courante et où plus rien n'était tabou. Enfin, nos données montrent que la moitié des professionnels de l'étude ont été amenés à prendre en compte l'autonomisation grandissante de leurs sujets grâce aux mouvements sociaux gais contre le VIH dans leurs rapports thérapeutiques avec eux (les professionnels).

C'est donc dire que les professionnels de l'étude ont été amenés à transformer leur rapport thérapeutique aux sujets. Ils sont devenus des professionnels ouvertement gais impliqués dans une relation thérapeutique où il n'existait plus ou peu de frontières entre eux et leurs sujets. Cette transformation du rapport thérapeutique a eu une implication sur la conversation thérapeutique professionnel-sujets. Une plus grande place était alors accordée à leurs sujets et aux conversations touchant la sexualité et l'homosexualité de ces derniers.

4.1.3 – Transformation du rapport professionnels-réseaux

Les transformations constatées, chez les professionnels de l'étude, de leurs identités personnelle et professionnelle et de leur rapport thérapeutique aux sujets se sont

reflétées dans leurs rapports aux réseaux, soit ceux des spécialistes et autres professionnels de la santé, ceux du secteur pharmaceutique et ceux du secteur communautaire.

4.1.3.1 – Transformation des réseaux professionnels

Dans le contexte d'une pandémie dont les sujets sont souvent victimes de préjugés et de discrimination, la constitution d'un réseau de spécialistes et autres professionnels de la santé « sympathiques » à leur cause était primordiale pour les professionnels de l'étude. Ils ont alors été capables de transformer le besoin de contrôle de leur pratique médicale afin de commencer à faire confiance aux spécialistes sympathiques à leur cause.

a) Apprendre à constituer un réseau de spécialistes (« professionnels sympathiques à leur cause »)

Les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Denis et Edgar, ont dû apprendre à identifier dans l'action, « sur le tas », des spécialistes et autres professionnels de la santé auprès desquels ils pouvaient envoyer leurs sujets pour consultation.

« [...] c'est vraiment à travers les années qu'on apprend quels médecins sont sympathiques à notre cause. Ce sont des médecins qui n'ont pas de préjugés envers nos patients. Nous avons développé un réseau, des connaissances, des équipes ou des spécialistes auxquels nous avons accès plus facilement » (Docteur Denis).

« La neurologue qui avait évalué le patient était très bonne avec les patients ayant contracté le VIH » (Docteur Antoine).

Il s'agissait, en fait, de déceler et bâtir, hors des filières habituelles, un réseau de spécialistes dans lequel ils pouvaient puiser sans aucun risque, ou du moins peu de risque, de discrimination envers eux-mêmes ou leurs sujets.

**b) Transformation du besoin de contrôle de leur pratique médicale
(« en céder aux experts reconnus du nouveau réseau établi »)**

Les Docteurs Denis et Edgar ont été amenés à transformer le besoin de tout contrôler ce qui touchait leur pratique médicale et de commencer à céder certaines activités à d'autres professionnels ayant une expertise reconnue.

« Il faut que je cède le contrôle à un spécialiste apte à effectuer ce qu'il a à faire » (Docteur Denis).

4.1.3.2 – Transformation de l'image du secteur pharmaceutique

Presque tous les professionnels de l'étude ont dû apprendre par eux-mêmes ce que pouvaient leur apporter ou non les compagnies pharmaceutiques dans ce nouveau contexte. Ils ont ainsi révisé leur image de celles-ci et de leurs représentants, et ont dû également prendre en compte la vision qu'en avaient les sujets.

a) Transformation du rapport aux compagnies pharmaceutiques (« leur image »)

Les Docteurs Antoine, Claude, Denis, Edgar et François ont été amenés à constater de façon expérientielle la flexibilité des compagnies pharmaceutiques concernant leurs protocoles de recherche, la possibilité d'obtenir d'elles des médicaments dont la mise en marché n'était toujours pas effectuée, la formation particulière qu'elles procuraient aux professionnels et aux sujets, l'appui financier important qu'elles fournissaient aux cliniques pour la réalisation de protocoles de recherche, et les projets humanitaires dans lesquels elles étaient impliquées.

« Si vous avez un nouveau patient qui n'a pas encore accès aux médicaments dont il a besoin, les compagnies pharmaceutiques sont là pour vous aider. J'ai déjà téléphoné à toutes les compagnies pharmaceutiques afin d'avoir accès à un médicament avant même qu'il soit disponible parce que j'avais un patient qui était réellement malade. [...] C'a été possible » (Docteur Edgar).

« Bien, si nous n'avions pas participé à ce protocole de recherche, si nous n'avions pas eu une structure qui permettait de faire de la recherche, ce qui n'est pas toujours évident en clinique privée, si nous n'avions pas eu cette structure-là, nos patients auraient eu à attendre trois ans. Puis, il y en aurait quelques-uns qui seraient morts, par défaut d'accès aux médicaments. Alors, ç'a été grandiose de sauver tous ces patients » (Docteur Claude).

« Quoi qu'on dise de l'industrie pharmaceutique et des compagnies qui la forment, au niveau du VIH, c'est un peu particulier parce que le VIH a un aura un peu différent, un peu plus humanitaire que d'autres maladies [...] » (Docteur Claude).

b) Transformation du rapport aux compagnies pharmaceutiques (« implication directe des professionnels »)

Pour ces mêmes professionnels, comme l'indiquent les données, cela signifiait transformer leurs rapports aux compagnies pharmaceutiques. Celles-ci convoitaient les connaissances du milieu des professionnels de l'étude ainsi que leur expertise dans le traitement du VIH-sida. Aussi acceptaient-elles de les considérer, de fait, comme des chercheurs praticiens impliqués en leur montrant tout ce qui se passait en arrière-scène lorsqu'il s'agissait de la mise sur le marché de nouveaux médicaments. Elles leur donnaient ainsi l'occasion d'influencer directement le développement des médicaments pour ultimement pouvoir sauver la vie de leurs sujets et, de ce fait, transformait le rapport traditionnel que le professionnel chercheur praticien entretenait avec les compagnies pharmaceutiques. Ce nouveau rapport a également transformé, en partie, l'image que les professionnels de l'étude se faisaient des compagnies pharmaceutiques. Les prestations typiques de formation médicale continue du genre « mise à jour récurrente des savoirs » faisaient place à un modèle de développement professionnel continu plus actif et interactif » (Davis, 1995). De plus, le modèle traditionnel de développement des médicaments, jadis centré sur les chercheurs universitaires et des compagnies pharmaceutiques, faisait une place grandissante aux professionnels praticiens, devenus chercheurs.

« Les compagnies pharmaceutiques font de la recherche en laboratoire pour développer une molécule. Elles l'essaient ensuite in vitro, dans des éprouvettes avec des virus et des géloses. Puis, elles effectuent des essais sur des animaux. Enfin, elles effectuent des

essais sur les êtres humains. Lorsque c'est le moment d'effectuer les essais sur les êtres humains, ils ont besoin des hôpitaux et des cliniques médicales. [...], Les compagnies pharmaceutiques canadiennes impliquées dans le VIH réunissent parfois des médecins, soit aux niveaux national et régional, pour leur faire part des développements en ce qui concerne la recherche sur leurs produits et pour leur demander des suggestions, des conseils par rapport au positionnement de leurs produits » (Docteur Claude).

« Donc, nous sommes conseillers, "aviseurs". Nous sommes mieux placés qu'eux pour constater ce qui se passe sur le terrain et pour commenter sur la situation. Nous pouvons alors aviser les compagnies pharmaceutiques. Nous pouvons leur indiquer où elles devraient cibler leurs produits, comment elles devraient répondre à la demande. Parce que nous travaillons avec nos collègues des compagnies pharmaceutiques, parce que nous sommes là, à l'intérieur de la compagnie pharmaceutique, nous pouvons influencer comment la molécule va être libérée ou ciblée. Ils nous demandent notre opinion. Ils nous demandent ce que devrait cibler le médicament. Nous apprenons ce qui est en voie de développement. Ils nous demandent ce que devraient être leurs priorités. Donc, c'est vraiment une chance pour nous de commenter sur tous les aspects de la recherche de traitements contre le VIH » (Docteur Denis).

Toutefois, une opinion plus nuancée a été retracée dans les données. Trois professionnels de l'étude ont mentionné avoir conservé la représentation qu'ils se faisaient des compagnies pharmaceutiques et de leurs représentants même si le rapport a été transformé. Cette représentation de ces dernières demeurerait réaliste et plutôt traditionnelle comme l'ont mentionné, lors des entretiens, les Docteurs Claude, Denis et Edgar. Ces derniers considéraient toujours que la logique prédominante d'action des compagnies pharmaceutiques était avant tout d'ordre lucratif.

« Les compagnies pharmaceutiques impliquées dans le développement de médicaments contre le VIH le sont dans le but de faire de l'argent [...] » (Docteur Claude).

Le Docteur Denis constatait même que ses sujets avaient perdu toute confiance envers ces compagnies pharmaceutiques et étaient en colère contre elles et leur professionnel traitant qui leur avait prescrit de tels médicaments (par ex. : l'AZT, puis les médicaments causant la lipodystrophie).

« Les patients avaient perdu confiance dans les médicaments en même temps que dans l'industrie pharmaceutique qui les avait introduits [...]. Il y avait aussi beaucoup de colère dirigée envers les professionnels. Les patients disaient que les professionnels complotaient avec l'industrie pharmaceutique pour les empoisonner » (Docteur Denis).

4.1.3.3 – Apprendre à composer avec le secteur communautaire

La majorité des professionnels de l'étude ont dû apprendre non seulement à composer avec les organismes communautaires contre le VIH desservant la communauté gaie, mais également à participer aux activités de ces dernières (**savoir-être**). Pour les Docteurs Antoine, Claude, Denis et Edgar, cela signifiait apprendre à connaître les activistes qui venaient cogner aux portes de leur clinique et à devenir directement impliqués dans les organismes communautaires gais contre le VIH. Ils ont appris non seulement à sortir de leurs réseaux professionnels et à participer aux activités de ces organismes, mais aussi à y jouer un rôle actif : organiser des services, produire des documents et tenir des séances d'information.

« [...] les activistes, nous les connaissions beaucoup. Nous avons gardé un contact avec les organismes communautaires gais contre le VIH et nous travaillons avec eux » (Docteur Denis).

« Nous connaissions l'information qu'il y avait dans cet organisme, car c'est nous – le groupe de docteurs – qui écrivions les articles qui y circulaient. Nous travaillions en étroite collaboration avec eux. Ils sont très utiles » (Docteur Antoine).

« J'ai utilisé pendant un bon bout de temps des services comme ceux offerts par cet organisme ou leurs groupes de soutien. [...] j'ai fait plusieurs fois des séances d'information directement aux patients, grâce à cet organisme [...] » (Docteur Claude).

Retour sur la transformation du rapport professionnels-réseaux

La pandémie a transformé la relation entre les professionnels et les divers réseaux professionnels et communautaires. Ces derniers ont non seulement développé des liens avec de nouveaux réseaux, mais ont aussi appris à travailler et à collaborer avec eux. Presque tous les professionnels de l'étude ont indiqué avoir été amenés à transformer le rapport qu'ils avaient avec les réseaux de spécialistes et autres professionnels de la santé et le secteur communautaire gai impliqué dans la prévention et la lutte contre le VIH. Dans leur recherche constante d'informations,

ces professionnels ont dû apprendre à développer de nouveaux réseaux, à sortir des circuits uniquement médicaux et à sélectionner les contacts afin de trouver non seulement les informations techniquement pertinentes, mais aussi afin d'obtenir des collaborations fiables et solidaires.

Des transformations des identités personnelle et professionnelle, des rapports professionnel-sujets et des rapports professionnels-réseaux émergent donc des données. Comment ces transformations se sont-elles produites ?

4.2 – Processus et stratégies d'apprentissage expérientiel

Comment ces mêmes professionnels ont-t-ils réalisé ces apprentissages et transformé certains de leurs rapports et certains de leurs schèmes de référence, soit les processus à l'œuvre ainsi que les stratégies utilisées.

4.2.1 – Processus d'apprentissage expérientiel

Dans le chapitre sur les cadres théorique et conceptuel, comparant les modèles d'apprentissage expérientiel de Dewey (1975, 1960), Kolb (1984), Coleman (1976), Schön (1983, 1987) et Mezirow (1997, 1991), les différentes étapes du processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes ont été mentionnées : l'expérience dissonante, l'observation, l'observation réfléchie, la conceptualisation, l'expérience active et la redéfinition des rôles et, éventuellement, de l'identité de l'acteur. De façon hypothétique, ce à quoi pourrait ressembler le processus d'apprentissage expérientiel des professionnels s'ils effectuaient chacune des étapes a été décrit.

Avec Mezirow, l'étape de la consolidation et de l'intégration des nouvelles perspectives d'action et de vie a été ajoutée. En examinant les phases ou étapes que les professionnels, lors des entretiens semi-dirigés, ont mentionné avoir franchies, il

sera possible d'établir un parallèle entre les données et la littérature en ce qui concerne les processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes.

Pour certains, comme le Docteur Claude par exemple, le processus fut enclenché lors de la rencontre avec leur premier sujet séropositif. Pour d'autres, comme le Docteur Denis, tout a commencé lors de l'examen routinier de leurs sujets afin de dépister des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), et pour qui les examens ont produit des résultats surprenants, inhabituels et même inconnus – des problématiques avec leur système immunitaire causées par le VIH. Chez d'autres, comme le Docteur Claude, l'impulsion du processus fut l'intérêt, le déséquilibre et la curiosité qu'ils ont portés envers cette infection immunitaire inconnue – le VIH, et la colère qu'ils ont ressentie face à l'abandon des sujets par la communauté médicale dite hétérosexuelle, par le monde en général, et même par la communauté gaie. Enfin, pour certains professionnels, comme le Docteur Antoine par exemple, le processus fût engagé tout simplement lors de leur confrontation à l'infection qui s'attaquait à leurs sujets et pour qui ils ne pouvaient rien, ne sachant pas ce qui les rendait malades et ne possédant pas les outils (médicaments) pour les traiter.

« Je suis devenu externiste au début des années 80, puis les premiers cas de VIH [...] ont commencé à apparaître vers les années 1982 et 1983. La maladie n'avait même pas de nom. Le virus n'était pas encore identifié. J'ai assisté à des réunions [...] où une résidente avait fait une revue de la littérature sur le VIH. Elle indiquait toutes les raisons pour lesquelles les gens développaient une immunodéficience. Alors, c'était vraiment le début. [...] Il y a un patient qui m'a vraiment marqué lorsque j'ai eu à lui annoncer le résultat de son test de dépistage et que le résultat était positif. Il y a déjà plus de 15 ans de cela » (Docteur Claude).

« Puis, quand j'ai eu ses premiers résultats, il était déjà dans une zone terrible [...] » (Docteur Denis).

« On ne connaissait pas l'infection. On connaissait si peu du VIH. C'était un syndrome. On savait que les patients développaient des taches et que c'était un cancer. Les connaissances concernant le VIH commençaient à peine à se développer » (Docteur François).

« Des fois, on ne savait pas ce qu'ils avaient. C'était comme un mystère [...], mais c'est certain que lorsque les patients étaient très malades, on était confronté à beaucoup de choses [...] » (Docteur Antoine).

Une fois le processus enclenché, certains professionnels de l'étude, comme le Docteur Antoine par exemple, se sont mis à observer minutieusement les ravages de la pandémie. D'autres, comme les Docteurs Antoine et Edgar, se sont mis à observer les conditions ambiantes qui la caractérisaient dans, sur et pendant leur pratique médicale. Enfin, d'autres professionnels, comme les Docteurs Bernard et François, se sont mis à réfléchir de façon importante aux conditions ambiantes de la pandémie.

« Nous suivions les patients, nous les voyions se dégrader » (Docteur Antoine).

« Tout ce que je vois, toutes les histoires que j'entends, c'est certain qu'indirectement cela te fait progresser ou du moins, cela te fait réfléchir » (Docteur François).

« [...], mais quand tu regardes avec un peu de recul, tu es estomaqué par l'ampleur de la crise et de la situation [...] » (Docteur Bernard).

Puis certains professionnels, comme les Docteurs Denis et Edgar, ont cherché à comprendre ce qui se passait au juste avec leurs sujets et ont constaté la gravité de l'infection au VIH.

« Par contre, en travaillant dans cette clinique et en étant gai, [...] il y a des situations vécues par des patients qui m'ont déjà amené à me remettre en question » (Docteur François).

Comme supporté par les données, certains professionnels de l'étude, comme le Docteur Denis, ont graduellement établi des liens entre tout ce qu'ils observaient et entendaient de leurs sujets et la réalité vécue de la pandémie.

« Il y a eu d'énormes changements dans le monde avec l'arrivée et la vente de la drogue, le culte de la drogue. C'est devenu acceptable. C'est accepté partout. Et, c'est comme un retour en arrière, un déjà vu. La nouvelle génération est fortement impliquée dans la danse, la musique, la drogue et la libération sexuelle. C'est exactement ce qu'on a vécu

dans les années 1970. C'est exactement ce qui a facilité la diffusion de cette maladie en Amérique du Nord. C'est exactement le même comportement » (Docteur Denis).

Ces professionnels, comme les Docteurs Claude et Denis, se trouvaient confrontés à des situations limites qui les amenaient à questionner, en de tels contextes, l'application stricte des normes pour mieux respecter leurs sujets.

« C'était quelqu'un qui était en phase terminale, qui ne voulait pas aller à l'hôpital ou dans un centre d'hébergement pour séropositifs. Il voulait rester à la maison. Ses amis [...] ont décidé qu'il avait assez souffert, qu'ils allaient le laisser mourir. Ils lui ont peut-être donné une dose de médicaments un peu plus forte que prévu. Je ne sais pas jusqu'à quel point ils l'ont aidé à mourir. Je n'ai jamais voulu le savoir. [...] Bien tu te poses certainement des questions, non. Est-ce qu'ils vont provoquer le décès du patient ? Puis, en même temps, quelque part je me disais qu'il n'était vraiment plus bien et que peut-être que c'était mieux qu'il meure, mais en même temps, j'étais bien conscient à l'époque que l'euthanasie était illégal » (Docteur Claude).

« Ce que j'ai appris, c'est qu'à un moment donné, il faut que je respecte la personne qui passe à travers cette maladie. Je voulais le tenir en vie le plus longtemps possible. Aussi longtemps qu'ils étaient en vie, ça voulait dire qu'on avait une chance, qu'il y avait de l'espoir. Puis, ce que j'ai appris après le premier décès d'un ami, c'est qu'il faut respecter qu'il y a une fin. Avec mon deuxième ami, ce que j'ai fait, je n'ai pas activement fait son euthanasie. Il ne voulait pas rentrer à l'hôpital. Il ne voulait pas que la raison de son décès paraisse sur son certificat de décès. J'ai compris qu'à un moment donné, il faut que ça arrête d'être ce que je veux [...] » (Docteur Denis).

Certains professionnels, comme le Docteur Denis par exemple, se sont mis à la recherche de la compréhension du principe général qui régissait le cas singulier de la culture de la drogue et de ce que cette dernière représente pour les hommes gais.

« Et là, vers la fin des années 2000, fin des années 1990, nous avons commencé à voir une nouvelle génération de drogues qui arrivait. Nous voyons plus de cocaïne, des amphétamines, puis le *cristal meth* revient. Les "ecstasys" qui deviennent de plus en plus forts. Le GHP qui arrive sur le marché. La "kétamine" qui redevient très populaire. Le retour des *raves*. Donc, tout d'un coup, la culture de la drogue est revenue, avec les hommes gais qui veulent s'identifier à travers la drogue, à travers des *raves*, à travers la danse et la musique, mais aussi à travers les actes sexuels non protégés. Donc, on est dans une dernière vague de cette épidémie [...] » (Docteur Denis).

Enfin d'autres, comme le Docteur Claude par exemple, se sont mis à effectuer des expérimentations actives sur les traitements contre le VIH.

« Je fais de la recherche aussi beaucoup » (Docteur Claude).

Ces professionnels, comme l'indiquent les Docteur Claude, Denis et François, ont ainsi acquis de nouvelles compétences, par exemple sur la façon d'annoncer une mauvaise nouvelle ou sur les causes ou incidences véritables de la maladie. Ils ont découvert de nouveaux rôles (travailleur social, guide, conseiller et entraîneur) et sont devenus plus à l'aise et confiants dans l'exercice de ce rôle élargi du médecin. En rapport avec des sujets plus autonomes « *empowerment* » et plus informés par leurs propres réseaux, les professionnels ont été confrontés à de nouveaux questionnements et nouveaux savoirs. Ils sont devenus plus confiants dans l'exercice de ces nouveaux rôles, transformant ainsi peu à peu leurs identités personnelle et professionnelle.

« J'ai certainement appris du cours comment annoncer une mauvaise nouvelle » (Docteur Claude).

« En tant que professionnel de la santé, je me sens très à l'aise de dire à mes patients qu'à partir d'aujourd'hui, s'ils ont des relations sexuelles, ils doivent se protéger. Quand je dis d'être à l'aise, je veux dire que c'est d'être à l'aise avec tout ce que les patients peuvent me dire » (Docteur François).

Les Docteurs Antoine, Bernard, Denis et François se sont mis à explorer de nouveaux rôles, rapports et façons d'agir à l'intérieur de leur pratique médicale, à préparer des plans alternatifs d'action. Ils ont ainsi mobilisé de nouvelles connaissances et habiletés dans la prestation des soins, le traitement et le soulagement du VIH-sida et des infections opportunistes qui y sont rattachées afin de permettre l'exécution des nouveaux plans d'action.

« Puis à l'époque, on n'était pas seulement des médecins, on était aussi des travailleurs sociaux » (Docteur Antoine).

« Tu sais moi là, je suis un guide là. Je suis un "coach" pour mes patients » (Docteur François).

« [...] malgré qui je suis, tout ce que je peux être, c'est un guide. Maintenant, je refuse de voir et de soigner des patients [...] qui infectent intentionnellement d'autres patients. Cela me met en colère, ce qui cause un froid tellement énorme entre le patient et moi qu'il se pourrait alors que j'ignore un symptôme important. Je vais donc transférer le client vers un médecin qui va l'écouter et qui n'a pas cette problématique. J'avais un de mes collègues, un de mes supérieurs dans les maladies infectieuses qui m'a dit que j'étais pour ruiner ma carrière si je poursuivais cette maladie. Il m'a dit : "Tout ce que tu vas nous amener, ce sont des 'plottes', et des 'tapettes', puis les gens de races et les drogués" [le professionnel pleure]. Qu'est-ce que tu fais dans ce domaine-là ? » (Docteur Denis).

Le Docteur François, par exemple, s'est mis à effectuer un auto-examen, une évaluation critique et même une remise en question profonde de son identité suite à l'arrivée de la pandémie. Et ce processus d'apprentissage n'est pas demeuré individuel. Le Docteur Edgar, par exemple, a dit s'être aperçu que la pandémie avait mené d'autres professionnels comme lui à se transformer et à transformer leurs identités personnelle et professionnelle.

Les apprentissages vécus par ces professionnels suivent grosso modo les différentes étapes théoriques du processus d'apprentissage expérientiel des adultes. Toutefois, ces professionnels, comme les Docteurs Antoine, Bernard et François, mentionnent que les apprentissages réalisés et les consolidations et les transformations de certains de leurs rapports et certains de leurs schèmes de référence ne se sont pas nécessairement produits du jour au lendemain. Cela s'est effectué sur plusieurs années au fur et à mesure de l'avancée de la pandémie et des questionnements que le contexte de cette pandémie a fait surgir. Ils ont mentionné que c'était l'accumulation de ces années qui les avait amenés à transformer leur façon de se voir, et de voir (rapports et schèmes de référence) et de pratiquer la médecine.

« [...] on apprend couche par couche. Aussi nous, les vieux médecins, on a appris un peu par sédimentation » (Docteur Antoine).

« On a appris de plaque en plaque. Ç'a pris plusieurs années avant d'avoir cette espèce de tout là » (Docteur Bernard).

« Donc moi, je trouve que d'effectuer progressivement l'apprentissage des traitements contre le VIH, ce n'est pas un problème. Ça s'apprend facilement progressivement. C'est quelque chose de progressif » (Docteur François).

Nos observations toutefois font ressortir deux autres dimensions. D'une part, l'effet constaté de l'expérience sur la transformation de l'identité des professionnels n'aurait pu se produire sans cette dissonance cognitive qui les a conduits à revoir leurs savoirs et pratiques antérieurs. D'autre part, le dépassement de l'expérience ne s'est pas fait uniquement par l'observation réfléchie individuelle ou collective ; cela a requis aussi la mobilisation de ressources externes, bref d'apprentissage structuré (par ex. : un cours sur la façon d'annoncer une mauvaise nouvelle). La conception et même le recours à des pratiques et stratégies alternatives ont requis des apports externes pour dépasser l'expérience et son observation (par ex. : l'utilisation des téléphones intelligents de type iPhone et des informations qui s'y trouve concernant les interactions médicamenteuses et les médecines alternatives).

4.2.2 – Ressources cognitives et autres mobilisées et mobilisables

Les professionnels de l'étude ont mobilisé plusieurs sources et ressources cognitives et autres, tout au long de la pandémie du VIH-sida, afin de réaliser de nombreux apprentissages et transformations. Elles ont été regroupées sous huit catégories, soit : les ressources personnelles, les ressources humaines, les journaux et revues scientifiques, l'information publique, les ressources technologiques, les livres, textes, références et monographies, les rencontres, cours et formations, ainsi que la situation et le contexte.

4.2.2.1 – Ressources personnelles mobilisées

Dès le premier entretien avec un professionnel de l'étude, et les autres professionnels par la suite, la charge émotive a été exhibée et exprimée lorsqu'ils décrivaient les moments forts qu'ils ont traversés tout au long de la pandémie du VIH-sida et lors du traitement de leurs sujets ayant contracté le VIH. Les professionnels de l'étude ont été capables de mobiliser ces émotions afin de leur permettre d'effectuer de nombreux apprentissages et transformations. Sans nommer toutes les émotions retracées dans les données, il est possible de mentionner qu'elles passaient de l'extrême tristesse et du regret à une certaine joie, de l'inquiétude et de la peur. Elles passaient également de la culpabilité à de la frustration, du désespoir et de la déception.

« Au niveau émotif, ç'a été un des "tops" de ma carrière » (Docteur Claude).

« Je suis arrivé au bureau et j'ai flanché et braillé comme une vache. [...] Au début, ça m'a amené beaucoup de culpabilité, la culpabilité d'être en santé quand beaucoup de mes patients mouraient, d'avoir de l'argent quand beaucoup de mes patients vivaient dans la pauvreté et d'avoir de l'amour autour de moi quand beaucoup de mes patients étaient seuls. C'était comme injustifié. Ça n'avait pas de sens par rapport à toute la misère et la détresse que je rencontrais ou que je voyais autour de moi » (Docteur Bernard).

« Il est décédé pendant que j'étais parti. Je regrette toujours de ne pas avoir été là lors de son décès. [...] J'étais inquiet et j'avais peur pour mes amis et pour moi, car nous étions toujours sexuellement actifs. [...] J'ai piqué une crise » (Docteur Denis).

« Nous étions très contents, entre 2004 et 2006, de l'arrivée des nouveaux médicaments. Nous avions un peu l'impression que le VIH était réglé » (Docteur Claude).

« Avec ces patients-là, c'est toujours un peu frustrant » (Docteur Antoine).

« Quand je pense que tous les patients vont mourir, naturellement ça devient très décourageant [...] » (Docteur Denis).

À la lecture de ces contextes émotifs intenses, lors de situations aussi variées les unes que les autres, il semble qu'ils aient été des éléments mobilisateurs d'apprentissages. Cela a certainement mené la majorité des professionnels à militer en faveur de leurs sujets ayant contracté le VIH auprès de plusieurs instances (par ex. : les compagnies pharmaceutiques et les agences gouvernementales). C'est en puisant dans leurs

implications subjectives qu'ils en sont venus à prendre une telle décision, décision qui marqua certainement leur carrière, une transformation majeure dans leur façon de se voir, de voir et de pratiquer la médecine.

4.2.2.2 – Ressources humaines mobilisées

L'aspect social ressort comme étant un aspect important dans la dé- et la re-construction des savoirs de ces professionnels. L'analyse des données a fait ressortir plusieurs occasions où des ressources de leur milieu ont été mobilisées, à différents moments et selon certaines circonstances, par les professionnels. Lors de leurs stages de travail, ils ont mobilisé leurs professeurs ou superviseurs. Puis, tout au long de leur pratique médicale, toujours dans le contexte de la pandémie du VIH-sida, ils ont mobilisé leurs pairs via des rencontres, le mentorat, la ligne 1-800 ou le travail en équipe. Ils ont également mobilisé des sujets et leurs familles, des professionnels de la même spécialité, des consultants provenant d'autres spécialités, des représentants de compagnies pharmaceutiques ainsi que des pharmacien(ne)s et des infirmier(ière)s.

« J'étais avec mon superviseur. C'est lui qui m'a appris, grâce aux commentaires négatifs qu'il a donnés à un patient ayant contracté le VIH, comment parler aux patients, et plus particulièrement à ceux ayant contracté le VIH » (Docteur Edgar).

« Donc, l'apprentissage se fait plus par les pairs, ils viennent nous voir et ils nous demandent quoi faire avec tel ou tel problème. Il y a aussi les programmes de mentorat où on est généralement mis avec de jeunes médecins novices. Nous sommes les mentors. Ils nous appellent et ils nous posent des questions. Il y a aussi la ligne 1-800 qui est une ligne pour les médecins et les professionnels de la santé » (Docteur Antoine).

« C'est incroyable toute l'information que les patients nous transmettent et toutes les expériences qu'ils nous racontent. [...] C'est comme ça que nous prenons connaissance de ce qui se passe dans la vraie vie des patients » (Docteur Bernard).

« Nous utilisons des spécialistes. Nous avons des chirurgiens préférés » (Docteur Denis).

« Les représentants pharmaceutiques peuvent aider les médecins à obtenir des médicaments qui ne sont pas encore sur le marché, car ils comprennent très bien la situation dans laquelle se trouvent les médecins et les patients » (Docteur Edgar).

« Je vais demander à la pharmacienne des renseignements lorsque je n'ai pas l'information. Je vais lui envoyer un courriel, car il nous semble qu'elle soit la grande spécialiste des interactions médicamenteuses [...] » (Docteur Antoine).

« J'ai rencontré une infirmière. [...] On est allé dans la pièce pour les médecins. Puis, elle a dit que ce n'est pas à moi qu'il disait toutes sortes de choses. Son problème, c'est qu'il n'est pas capable de faire face à sa mort. Elle a continué en me disant que le meilleur cadeau que je pouvais lui faire, c'est de retourner dans sa chambre et de faire comme si rien ne s'était passé et de continuer la consultation. Je n'étais pas capable de le revoir [le professionnel pleure]. Je suis retourné quand même retourné dans sa chambre » (Docteur Claude).

Il semble que certaines ressources humaines aient facilité la pratique des professionnels tandis que d'autres semblent l'avoir contrainte. Tantôt les patients et leur famille ainsi que certains professionnels de la santé étaient sources de frustration et de résistance aux efforts du professionnel lors du traitement de sujets ayant contracté le VIH dans le contexte de la pandémie du VIH-sida. À d'autres moments, elles aidaient à produire une synergie afin de permettre de meilleurs soins aux sujets ayant contracté le VIH-sida.

Enfin, les professionnels de l'étude ont aussi eu recours aux organismes communautaires contre le VIH ainsi qu'à d'autres organismes ayant acquis des compétences dans ce champ nouveau.

« Ce qu'on fait maintenant, on fait des présentations, 2 ou 3 par an. [...] On travaille intimement avec les organismes communautaires et leurs activistes » (Docteur Claude).

Les ressources humaines que les professionnels ont réussi à mobiliser les ont aidés à trouver des solutions, selon la phase de la pandémie, aux problématiques ponctuelles (i.e., les maladies opportunistes) de leurs sujets et aux problématiques globales entourant la pandémie auxquelles leurs sujets et eux-mêmes faisaient face.

4.2.2.3 – Journaux et revues scientifiques mobilisés

Les divers journaux et revues scientifiques disponibles ont été, selon les données de l'étude, des ressources que les professionnels de l'étude ont mobilisées. Le Docteur Antoine a mentionné avoir utilisé les revues scientifiques comme ressources afin de réaliser certains apprentissages et transformations.

« Avec toutes les revues que je lis. Tu peux lire un article du New England Journal »
(Docteur Antoine).

Il semble que les revues scientifiques que les professionnels de l'étude ont mobilisées ont contribué à faciliter certaines de leurs décisions lors du traitement de sujets ayant contracté le VIH et à faciliter leurs interventions médicales.

4.2.2.4 – Information publique mobilisée

La quantité importante d'informations publiques véhiculées dans les divers quotidiens ou hebdomadaires ainsi que sur les divers sites Internet a été mobilisée par les professionnels de l'étude selon leur capacité et le temps mis à leur disponibilité afin d'effectuer des apprentissages et des transformations. Le Docteur Claude a mentionné avoir appris via les quotidiens ou hebdomadaires ce que la population en général pensait du VIH et comment cette infection pouvait être banalisée.

« Le VIH n'est pas une maladie banale. Quand je lis dans les journaux que le VIH est rendu comme le diabète, que c'est une maladie chronique, tu sais comme le diabète, il faut que tu prennes ton insuline tous les jours » (Docteur Claude).

Plusieurs professionnels ont mentionné qu'en naviguant sur les différents sites Internet, ils ont été à même de constater que certaines informations qui s'y trouvaient étaient, selon eux, crédibles tandis que d'autres, toujours selon leurs dires, ne l'étaient pas. Ainsi, ils pouvaient, armés d'informations qu'ils jugeaient crédibles,

porter un jugement sur l'information qu'ils jugeaient ne pas l'être provenant de leurs sujets lors d'une consultation. De plus, ils pouvaient informer leurs sujets de l'existence de ces sites ou leur indiquer si ces derniers étaient ou n'étaient pas crédibles lorsque les sujets en mentionnaient certains.

« Les patients regardent beaucoup de sites sur l'Internet aujourd'hui. Je m'assure que ce sont des sites crédibles. Ce qu'on peut écrire sur ces sites, c'est incroyable » (Docteur François).

Le Docteur François a mentionné avoir appris via Internet les endroits en région où les gais allaient pour rencontrer d'autres gais.

« Avant d'aller dans une région, je vais sur l'Internet. Je vais sur différents sites Internet de la région parce que souvent, lorsque je donne une formation en région, les gens te disent qu'il n'y a pas de gais ni de lieux de rencontre pour les gais dans leur région. Je vais donc sur des sites spécifiques à la région afin d'obtenir toutes les informations. J'encourage ensuite les participants à la formation d'aller voir sur ces sites » (Docteur François).

Ainsi, les quotidiens ou hebdomadaires et Internet ont contribué à soutenir les professionnels dans leur pratique médicale. Ces derniers ont eu la possibilité, grâce à l'information publique, de maintenir à jour les sujets et la population en général quant à la gravité de l'infection au VIH, l'évolution de l'épidémie du VIH-sida et les propos des nombreuses découvertes scientifiques liées aux traitements et aux médicaments contre le VIH. Mais surtout, l'information publique a contribué à soutenir les professionnels dans leurs fonctions de juges et d'arbitres lorsque les sujets leur présentaient de nouvelles informations qui n'étaient pas, selon le jugement des professionnels, crédibles.

4.2.2.5 – Ressources technologiques mobilisées

La télévision éducative, les CD-ROM, les DVD, les CD (les « Audio-Digest », les rubans audio, les vidéocassettes), les activités sur ordinateur (i.e., la page Internet de

la corporation de la spécialisation du professionnel) et les téléphones intelligents de type iPhone sont quelques-unes des ressources mobilisées et mobilisables à la disposition des professionnels afin de leur permettre de réaliser d'autres apprentissages expérientiels. Bien que toutes ces ressources technologiques aient été à leur disposition, Internet et les téléphones intelligents de type iPhone ont été les seules ressources technologiques mentionnées par les professionnels de l'étude. Plusieurs professionnels de l'étude ont mentionné utiliser Internet afin d'effectuer des apprentissages formels ainsi que des apprentissages informels.

« Mais, c'est certain que j'utilise beaucoup les sites Internet » (Docteur François).

Le Docteur Edgar a mentionné utiliser le téléphone intelligent de type iPhone lors de sa recherche des interactions médicamenteuses avec les thérapies alternatives.

« Je me sers de mon iPhone afin d'obtenir les interactions entre les médicaments et les thérapies alternatives de sources végétales » (Docteur Edgar).

Il semble donc que les sites Internet et les téléphones intelligents de type iPhone ont été des ressources que certains professionnels de l'étude ont mobilisées et qui leur ont permis d'effectuer des apprentissages et des transformations. Ils leur ont permis d'accéder à des informations par un moyen qui n'existait pas il y a quelques années ou dont l'accessibilité était considérablement augmentée sous cette nouvelle forme technologique.

4.2.2.6 – Livres, textes, références et monographies mobilisés

Seulement un professionnel de cette étude a mentionné avoir fait usage de livres, de textes de référence ou de monographies ayant trait à la spécialisation du professionnel ou provenant d'autres spécialisations.

« J'utilise [...] mes documents ou mes bouquins, où je peux trouver l'information »
(Docteur François).

Toutefois, le fait qu'un seul professionnel ait mentionné avoir mobilisé ses documents et ses bouquins afin de réaliser des apprentissages ne veut absolument pas dire que les autres professionnels n'ont pas utilisé ou mobilisé des livres, textes, références et monographies afin d'effectuer des apprentissages ou des transformations. Toutefois, comme il a déjà été mentionné, au début de la pandémie, les professionnels de l'étude se sont aperçus que rien n'était encore écrit à propos du VIH et que seulement certaines informations existaient en ce qui concernait la multitude de maladies opportunistes que leurs sujets développaient. Ils ont alors dû mobiliser d'autres ressources afin d'effectuer des apprentissages et des transformations, telles les ressources humaines lors de rencontres, de cours et de formations.

4.2.2.7 – Rencontres, cours et formations mobilisés

Les rencontres et les formations menées par les compagnies pharmaceutiques ainsi que les cours formels menés par leur corps professionnel sont des ressources que les professionnels de l'étude ont mentionné avoir mobilisées afin de les aider dans leur action et qui leur ont permis d'effectuer des apprentissages et des transformations. Le Docteur Antoine a mentionné comment la formation dispensée par les compagnies pharmaceutiques avait été une ressource importante dans le traitement de leurs sujets.

« C'est vraiment l'industrie pharmaceutique qui nous aide avec la formation au niveau des médicaments et des traitements [...] » (Docteur Antoine).

Le Docteur Claude a mentionné comment un cours formel l'a aidé dans l'action, c'est-à-dire, lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un sujet ayant nouvellement contracté le VIH et qui doit recevoir ses résultats sérologiques.

« J'ai appliqué la technique que j'avais apprise lors d'un cours que j'ai suivi. Le cours nous apprenait comment annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un » (Docteur Claude).

Les rencontres, les formations et les congrès ont été des ressources que les professionnels ont mobilisées afin de leur permettre d'apprendre de nouveaux savoirs qui, comme il était souhaité, leur seraient utiles à l'intérieur de leur pratique médicale. Les rencontres et les formations organisées par les compagnies pharmaceutiques leur permettaient d'accéder à des informations qui ne leur étaient pas disponibles autrement, ce qui était certainement une riche ressource mobilisée. Les formations ont donc été intégrées à leur pratique.

« Je suis allé à une conférence où on a montré tout le code génétique du VIH » (Docteur Antoine).

« Puis [...] au nombre de congrès auquel j'assiste » (Docteur Antoine).

Enfin, les nombreuses ressources que les professionnels ont mentionné avoir utilisées leur ont permis de se transformer, et de transformer leur pratique et leur rapport avec leurs sujets devenus plus autonomes et leurs réseaux.

Retour sur les processus à l'œuvre et les ressources mobilisées et mobilisables

Bien qu'il ait été difficile de suivre chaque professionnel dans ses apprentissages et dans les processus d'apprentissage et de transformation de certains de ses rapports et de certains de ses schèmes de référence, à partir des données, il a été possible de repérer des indices qui permettent de reconstituer les étapes du processus d'apprentissage expérientiel chez ces professionnels. Si dans l'ensemble, nos observations confirment les processus consignés dans la littérature, il s'agit d'abord, dans notre étude de cas, de parcours plus sporadiques et plus longs.

Dans le contexte de la pandémie, les ressources combinées d'apprentissage utilisées par les professionnels leur ont permis de transformer, développer et consolider leurs identités personnelle et professionnelle, de revoir le rapport qu'ils entretenaient avec leurs sujets et d'élargir leur rapport avec les divers réseaux.

4.3 – Cinq moteurs contribuant à des transformations et des apprentissages

Dans le cadre de la pandémie, plusieurs moteurs, facteurs ou conditions ont été identifiés comme ayant provoqué, d'une façon ou d'une autre, chez les professionnels de l'étude, la transformation de leurs identités personnelle et professionnelle ainsi que de leurs rapports professionnel-sujets et professionnels-réseaux. Ces moteurs, facteurs ou conditions ont également provoqué, chez ces professionnels, le besoin d'effectuer des apprentissages et des transformations.

À part la pandémie, les principaux moteurs, facteurs ou conditions retracés dans les données de cette étude, qui ont provoqué des transformations et le besoin d'apprendre chez les professionnels de l'étude, ont été l'intensité du contexte émotionnel, la multiplication des découvertes scientifico-médicales et l'évolution des cas de VIH et de sida, les incertitudes scientifico-médicales et professionnelles, la place grandissante de la sexualité et de l'homosexualité dans la conversation thérapeutique professionnel-sujets, et l'accroissement de l'autonomisation des sujets grâce aux mouvements sociaux contre le VIH (*voir figure 4.1*).

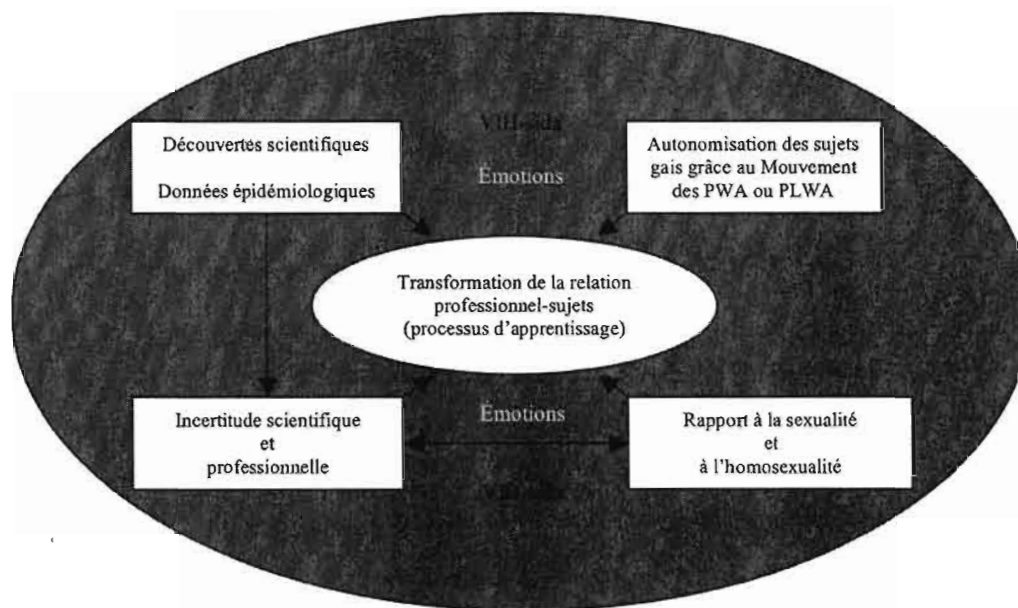


Figure 4.1 – Moteurs des transformations suite à la pandémie

4.3.1 – Intensité du contexte émotionnel

Les émotions font partie du processus d'apprentissage et des ressources mobilisées et mobilisables. Les émotions font également partie des moteurs, facteurs ou conditions ayant provoqué chez les professionnels de cette étude la transformation de leur façon de se voir, et de voir et de pratiquer la médecine puisqu'elles ont été retracées dans les données provenant de la retranscription des entretiens effectués auprès des professionnels de l'étude. En somme, l'intensité de ce contexte semble être la raison de certaines transformations et de certains apprentissages. Comme il a été mentionné auparavant, le contexte de la pandémie était jadis chargé d'émotions, et il le demeure aujourd'hui.

« Au niveau émotif, la pandémie a été l'un des plus grands événements de ma carrière »
(Docteur Claude).

Les émotions mentionnées par les professionnels de cette étude sont toujours palpables puisque certaines ont provoqué des bouleversements qui les ont marqués à

jamais. De plus, toujours selon les données, différentes émotions étaient mentionnées et exprimées selon les différentes phases de la pandémie (la phase A – phase de l'apparition du VIH-sida, la phase B – phase de la pandémie et du militantisme, et la phase C – phase de la chronicité du VIH) (*voir* p. 136). Les émotions étaient surtout ressenties lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie. La charge émotionnelle créée par les événements de chacune des deux premières phases de la pandémie a été un facteur important à la source de nombreuses transformations et de nombreux apprentissages.

Il y a d'abord la frustration liée à l'incapacité des professionnels à guérir leurs sujets, l'inquiétude et la peur que ces derniers eussent que la communauté gaie à laquelle ils appartenaient soit complètement décimée par cette infection ou qu'ils soient eux-mêmes infectés, ainsi que la culpabilité qu'ils portaient à être séronégatifs avec tout ce que cela impliquait à l'époque – avoir de l'agent, un travail, un logis et de l'affection – un contexte surtout présent lors des phases A et B de la pandémie. Les professionnels de l'étude sont même devenus les porte-parole de leurs sujets et de leur communauté. Ils se sont mis à s'afficher comme personnes gaies. De plus, ils ont appris un nouveau rapport à la maladie elle-même (*voir* figure 4.1). En somme, ils ont effectué ces apprentissages difficiles parce qu'ils se sentaient frustrés et coupables, parce qu'ils étaient inquiets et qu'ils avaient peur.

« [...] il faut essayer d'aider les patients à réintégrer la société, à tous les niveaux, sachant fort bien toutes les portes qui se sont fermées à eux du moment qu'ils sont devenus séropositifs » (Docteur Claude).

« [...] à ce moment-là dans ma carrière, je m'affichais. Je n'avais plus peur » (Docteur Denis).

La tristesse et le désespoir que les professionnels de l'étude ressentaient lorsqu'ils annonçaient un verdict d'infection au VIH ou lorsque plus de dix de leurs sujets décédaient chaque semaine ont certainement été deux autres exemples d'émotions qui

ont provoqué chez ces professionnels le besoin d'effectuer des transformations et des apprentissages. Ces émotions étaient surtout présentes lors des phases A et B de la pandémie. D'ailleurs, elles sont toujours présentes dans la phase C de la pandémie. Même si la pandémie en est maintenant rendue à la phase de ladite chronicité et que de nombreuses avancées scientifiques, médicales et technologiques ont été effectuées dans le domaine du VIH, il y a toujours des verdicts de séropositivité au VIH qui sont annoncés sur une base régulière. Toutefois, étant donné ces avancées, le verdict est moins dramatique que lors des phases A et B de la pandémie où un tel verdict de séropositivité indiquait la mort certaine du sujet à plus ou moins long terme.

Les identités personnelle et professionnelle sont alors interrogées. Le contexte provoque une implication militante et transforme la vision qu'ils détenaient de la logique thérapeutique, de la formation médicale et de leurs limites professionnelles. Ils se sont mis à voir la vie sous un autre angle, à reconnaître qu'ils n'étaient pas tout puissants – ne pouvant pas toujours arrêter la mort, qu'ils ne connaissaient pas tout et que le Collège des médecins et la Faculté de médecine ne les avaient pas préparés à une telle éventualité, une pandémie au VIH. En somme, ils ont effectué ces transformations et ces apprentissages parce qu'ils vivaient une grande tristesse face à leurs sujets ayant contracté le VIH et un grand désespoir face aux résultats funestes de la pandémie du VIH-sida.

« Tu entrais dans le combat sans nécessairement te rendre compte du choix que tu avais fait. Il n'y avait personne qui voulait s'occuper des patients ayant contracté le VIH. Ils étaient nos amis, nos collègues... » (Docteur Bernard).

« La pandémie m'a appris à voir la vie sous un autre angle » (Docteur Antoine).

« Je ne peux pas être tout et je ne peux pas tout faire » (Docteur Denis).

« [...] les médecins n'ont pas beaucoup de formation à ce propos. C'est un domaine où les médecins se sentent souvent totalement dépassés » (Docteur Edgar).

Les professionnels de l'étude se sont mis à accroître la place de la sexualité et de l'homosexualité à l'intérieur de la conversation médicale. Les thèmes abordés étaient surtout reliés à la prévention de la propagation de l'infection et du rejet de tout ce qui était gai par la population en général. Enfin, le climat de crainte, sinon de panique, a provoqué chez les professionnels le besoin de développer de nouveaux réseaux basés sur la confiance, comme toujours, mais également sur l'absence de discrimination à leur égard ainsi qu'à l'égard de leurs sujets – patients gais ayant ou n'ayant pas contracté le VIH ou ayant atteint le stade du sida. Les réseaux communautaires contre le VIH s'occupaient de la diffusion des informations que les professionnels y consignaient et des programmes de prévention. Les réseaux pharmaceutiques, en plus d'effectuer de la recherche, du développement et de la mise en marché de médicaments, alimentaient les professionnels en information et en formation. Les nouveaux réseaux de professionnels médecins spécialistes prenaient soin des sujets ayant contracté le VIH sans discriminer ceux-ci ou les professionnels traitants. Enfin, le réseau des pharmacies spécialisées dans les médicaments destinés aux sujets ayant contracté le VIH, informaient les professionnels et les aidaient à prescrire des médicaments et des traitements adaptés aux circonstances particulières des sujets ayant contracté le VIH.

« J'avais peur pour moi [...]. C'était [...] paniquant. [...] Dans certains cas, le rejet lors de la perte de leur emploi, les compagnies assurances qui ne veulent plus les assurer, le rejet de la société et même des leurs, les gais » (Docteur Claude).

« [...] mes collègues [...] font de l'intervention, de la prévention [...] » (Docteur Edgar).

« [...] on a appris à travailler avec les compagnies pharmaceutiques. Je vais demander à la pharmacie, je vais envoyer un courriel à la grande spécialiste des interactions médicamenteuses [...] » (Docteur Antoine).

Enfin, un nouveau choc attendait les professionnels de l'étude lors de la phase C de la trajectoire de la pandémie. Ils ont mentionné la peur qu'ils avaient ressentie lorsqu'ils apprenaient que certains de leurs sujets ne se protégeaient pas ou ne

protégeaient pas leurs partenaires lors de relations sexuelles à risque. Ils mettaient la vie de leur partenaire à risque, sans compter le fait qu'ils pouvaient se voir infectés à nouveau, surinfectés (par la réinfection d'une personne déjà séropositive au VIH par une version ou une souche différente du VIH) et ressentir de la colère. Cette émotion a été le moteur qui a provoqué, chez un bon nombre de professionnels de l'étude, la transformation de certains éléments à l'intérieur du rapport thérapeutique professionnel-sujets. Les professionnels de l'étude ont accru la place qu'ils accordaient aux thèmes touchant la sexualité et l'homosexualité à l'intérieur de la conversation médicale, mais surtout, ils se sont mis à faire plus d'éducation à la sexualité. De plus, ils se sont mis à refuser de recevoir en consultation les sujets qui mettaient à risque leur vie et celle de leurs partenaires. En somme, ils ont effectué ces transformations et ces apprentissages parce qu'ils vivaient une grande colère à l'égard de certains de leurs sujets peu soucieux des conséquences possibles de leurs relations sexuelles à risque.

« Ça me fâche quand des patients font n'importe quoi et qu'ils ne sont pas toujours conscients des conséquences. Ils ne s'informent pas comme il faut avant de prendre des risques lorsqu'ils ont des relations sexuelles non protégées. Ça peut être dangereux pour eux aussi bien que pour les autres » (Docteur Claude).

4.3.2 – Multiplication des découvertes scientifico-médicales et l'évolution des cas de VIH et de sida

Un autre facteur incitatif à des apprentissages transformatifs a été l'effervescence scientifique. L'évolution des avancées sur le plan du diagnostic et des traitements du VIH et du sida peut être mise en parallèle avec l'évolution de l'épidémie du VIH-sida au Canada, telle qu'illustrée par le tableau 4.2 intitulé « Découvertes médicales/nouveaux médicaments et traitements et données épidémiologiques du VIH-sida au Canada (de 1979 à 2009) ». Ce tableau permet de mieux saisir le contexte dans lequel les professionnels se trouvaient, contexte où tout ce qui

entourait le VIH était en continuelle mouvance – la multiplication des découvertes scientifico-médicales ainsi que l'évolution des cas de VIH et de sida.

Tableau 4.2 – Découvertes médicales/nouveaux médicaments et traitements et données épidémiologiques du VIH-sida au Canada (de 1979 à 2009)

Date	Découvertes médicales/nouveaux médicaments/nouveaux traitements	Données épidémiologiques	
		VIH	Sida
1979	Rien n'est connu du VIH-sida	I	1 cas
1980			3 cas
1981			8 cas
1982	Nom « sida » (syndrome d'immunodéficience acquise)		26 cas
1983			64 cas
1984	Chercheurs identifient le VIH à l'origine du sida		162 cas
1985	Système de détection des anticorps		402 cas
1986	Essais contrôlés de l'agent antirétroviral zidovudine (AZT/RETROVIR)		688 cas
1987	Agent antirétroviral zidovudine (AZT/RETROVIR)		1 012 cas
1988			1 180 cas
1989			1 408 cas
1990			1 465 cas
1991	Didanosine (DDI/VIDEX)		1 515 cas
1992	Zalcitabine (DDC/HIVID)		1 755 cas
1993	Administer l'AZT lors des premières étapes du VIH n'est pas bénéfique		1 828 cas
1994	Test de dépistage du VIH OraSure Stavudine (D4T/ZERIT)	De 1985 à 1998 32 867 cas	1 789 cas
1995	Saquinavir (SQV/INVIRASE et FORTOVASE) Lamivudine (3TC/EPIVIR)	2 948 cas	1 652 cas
1996	Test de dépistage du VIH avec l'urine Test pour déterminer la charge virale NNRTI Névirapine (NVP/VIRAMUNE) Ritonavir (RTV/NORVIR) Indinavir (IDV/CRIVAN)	2 736 cas	1 189 cas
1997	Nelfinavir (NFV/VIRACEPT) Delavirdine (RESCRIPTOR)	2 469 cas	724 cas
1998	VaxGen et son vaccin AIDSVAX Efavirenz (EPV/SUSTIVA ou STOCRIN) Abacavir (ABC/ZIAGEN) Combivir (zidovudine (AZT/RETROVIR) et lamivudine (3TC/EPIVIR))	2 293 cas	648 cas
1999	Amprenavir (APV/AGENERASE)	2 190 cas	560 cas
2000	Lopinavir et ritonavir (LPV/KALETRA) Trizivir (combinaison decombivir et de abacavir (ABC/ZIAGEN))	2 099 cas	502 cas
2001	Tenofovir disoproxil fumarate (TDF/VIREAD) Lamivudine-3TC/zidovudine-AZT/l'abacavir	2 216 cas	426 cas
2002	OraQuick, système de détection des anticorps du VIH	2 468 cas	414 cas
2003	Vaccin AIDSVAX est inefficace Enfuvirtide (T20/FUZEON) Atazanavir sulfate (ATV/REYATAZ) Emtricitabine (FTC/EMTRIVA) Fosamprenavir (« Lexiva » ou 908/TELZIR)	2 478 cas	381 cas
2004	Combinaisons de doses fixes et de produits co-emballés Sculptra pour corriger la perte de graisse au visage	2 527 cas	325 cas
2005	20 différents médicaments provenant de 4 classes différentes Tipranavir (APTIVUS) Lamivudine-3TC/abacavir (KIVEXA) Interleukine 2 (MACROLIN)	2 494 cas	380 cas
2006	Atripla, médicament contre le VIH d'un seul comprimé Ténofovir/emtricitabine (TRUVADA) Emtricitabine/FTC (EMTRIVA) Darunavir (TMC 114 ou PREZISTA)	2 547 cas	329 cas
2007	Second vaccin à être arrêté. Premiers essais démontrent aucun bénéfice CCR5 antagoniste maraviroc (SELZENTRY) et raltegravir (ISENRESS) MK 0518	2 459 cas	309 cas
2008	Étravirine (TMC 125)	2 636 cas	312 cas
2009		2 417 cas	224 cas
Total		69 844 cas ⁽¹⁾	21 681 cas ⁽¹⁾

(Project Inform, 2005, p. 1-12) (Kaiser Family Foundation, 2005, p. 1-11) (Home, 2005, p. 3) (Santé Canada, 2000, p. 4, 20)

(Santé Canada, 2005, p. 21, 46-47) (Santé Canada, 2007, p. 6) (Agence de santé publique du Canada, 2006, p. 3, 35)

(Agence de la santé du Canada, 2008, p. 1, 5) (Agence de la santé du Canada, 2008, p. 1, 5) (AVERT, 2010, p. 1-5)

(1) Les données comptabilisées par ces différents organismes, sans être identiques, sont comparables et font ressortir les tendances.

Entre 1979 et 1987, un grand nombre de sujets qui passaient du stade de VIH à celui de sida étaient presque certains de mourir, car aucun médicament ou traitement n'était encore disponible. Cette situation a créé une relation thérapeutique professionnel-sujets où les professionnels et leurs sujets ne pouvaient rien faire sauf préparer le chemin vers une mort certaine dans un laps de temps plus ou moins court, à quelques exceptions près. Cette situation a tout de même permis aux professionnels de commencer à s'interroger et à chercher réponse à cette infection inconnue.

Entre 1987 et 2002, un grand nombre et une grande variété de médicaments et de traitements sont devenus disponibles. Les professionnels et les sujets ont donc commencé à travailler ensemble pour tenter de traiter et guérir la maladie. La relation thérapeutique professionnel-sujets était donc différente de celle documentée pendant la période précédente où rien n'était possible. Cette situation a permis aux professionnels d'effectuer de nombreux apprentissages expérientiels et de transformer certains de leurs rapports et certains de leurs schèmes de référence.

Puis, entre 2003 et 2009, le nombre de sujets qui atteignaient le stade de sida a diminué considérablement et ils ne mouraient plus autant. Au contraire, les sujets vivaient maintenant avec une maladie à caractère, ou dite, chronique qui pouvait potentiellement être mortelle. L'espérance de vie des sujets avait donc considérablement augmenté. Les professionnels de l'étude ont dû s'adapter à nouveau à cette nouvelle réalité.

Ils devaient maintenant commencer à effectuer un suivi régulier avec leurs sujets – gérer les effets secondaires et la toxicité des médicaments, décider du traitement le plus adéquat et penser à l'impact possible de leurs décisions sur la qualité de vie, la santé mentale et le fonctionnement social et sexuel de leurs sujets. Leurs activités étaient de plus en plus entreprises avec l'aide de leurs sujets. Le nombre de sujets

qu'un professionnel pouvait traiter et la complexité des traitements ont alors considérablement augmenté, contribuant ainsi à la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Cette situation a permis aux professionnels d'effectuer d'autres apprentissages sinon, aussi, de reconnaître leurs limites personnelle et professionnelle.

Il a été possible de retracer, dans la retranscription des entretiens semi-dirigés effectués auprès des professionnels de l'étude, l'impact de ce second moteur. La période où les cas de VIH et de sida indiquaient qu'un nombre de plus en plus grand de cas étaient diagnostiqués (et que de ce nombre, une quantité importante atteignaient le stade de sida et mouraient) a certainement été une période intensive d'apprentissage (les phases A et B de la trajectoire du VIH-sida), transformant certaines perceptions que ces professionnels détenaient de la logique thérapeutique, du milieu habituel de leur travail ainsi que de leurs limites professionnelles.

« [...], je faisais des avortements avant l'arrivée de la pandémie. J'ai arrêté d'en effectuer lors de l'arrivée de la pandémie, car il y avait trop de personnes qui mouraient autour de moi, trop d'images de mort dans ma vie » (Docteur Bernard).

Le Docteur Denis a vite appris, grâce au nombre croissant de ses sujets qui mouraient, que certains étaient incapables de faire face à la situation, surtout lorsqu'ils étaient jeunes et qu'ils n'avaient pas eu l'occasion, ni le temps de faire face à la maladie ou même de vivre pleinement leur sexualité.

« Le patient était incapable de faire face à sa mort » (Docteur Denis).

Le Docteur Antoine a dû transformer la perception qu'il détenait de ce que devait être son milieu habituel de travail étant donné le nombre grandissant de ses sujets qui ne pouvaient plus se rendre à la clinique ou qui ne voulaient pas se rendre à l'hôpital.

« À l'époque où le nombre de cas de VIH et de sida croissait sans cesse, nous faisons du suivi partout. En plus de faire le suivi à l'hôpital et à la clinique, nous faisons le suivi à domicile, dans les centres d'hébergement pour les sidéens et même dans les résidences privées. Nous accompagnons nos patients jusqu'à la mort » (Docteur Antoine).

Le Docteur Denis a pris conscience de ses limites physique, mentale et professionnelle.

« Je ne peux pas être tout. [...] Mais je ne peux pas tout faire » (Docteur Denis).

L'accroissement des cas de VIH et de sida a forcé le Docteur Denis à réaliser qu'il devait transformer le rapport à ses sujets afin de conserver une certaine distance thérapeutique à l'intérieur de la relation professionnel-sujets.

« Il faut recommencer à faire une distinction, à mettre une barrière entre nous et nos patients, car nous étions trop près d'eux. Nous nous étions identifiés à eux. Oui, nous sommes gais, mais nous n'avons pas les mêmes problèmes. Et même si nous avons contracté le VIH, il demeure que ce sont nos patients. C'était encore plus important parce que le nombre de cas de VIH et de sida augmentait sans cesse » (Docteur Denis).

Enfin, percevant l'accroissement continu des cas de VIH et de sida ainsi que le vieillissement des premiers militants, professionnels et sujets, le Docteur Antoine a été amené à apprendre les conséquences du vieillissement des premiers militants, soit le manque de relève dans les mouvements sociaux contre le VIH et les réseaux médicaux engagés.

« Il n'y a pas beaucoup de relève dans les organismes communautaires » (Docteur Antoine).

« Le problème, c'est que les médecins du domaine du VIH n'ont pas de relève. Quand nous allons prendre notre retraite, nous allons presque tous partir en même temps, à environ deux à cinq ans d'intervalle » (Docteur Antoine).

L'évolution des cas de VIH et de sida, compte tenu de l'évolution des découvertes médicales, des nouveaux médicaments et des traitements, a joué un rôle déterminant, tout comme, paradoxalement, l'incertitude scientifique.

4.3.3 – Incertitudes scientifico-médicales et professionnelles liées au VIH-sida

L'apparition du VIH-sida, à la phase A de la trajectoire de la pandémie du VIH, a suscité le renouveau des incertitudes scientifico-médicales et professionnelles chez les professionnels de l'étude, car ni la communauté scientifique, ni la communauté médicale ne connaissaient cette infection et les maladies opportunistes. Ces incertitudes se sont maintenues pendant une bonne partie de la phase B de la même trajectoire, c'est-à-dire, jusqu'à l'arrivée de médicaments efficaces contre l'infection au VIH.

« Au début, c'était une maladie dont nous connaissions peu de chose. Nous ne savions même pas comment les patients l'avaient contractée » (Docteur Denis).

« Nous ne savions pas ce que les patients avaient, c'était comme un mystère. [...] à l'époque, il n'y avait pas grand-chose pour soigner les sujets » (Docteur Antoine).

Il a été possible de retracer, dans la retranscription des entretiens effectués auprès des professionnels de l'étude, l'impact de ce troisième facteur sur la transformation des identités personnelle et professionnelle et des rapports professionnels-réseaux, en plus de provoquer des apprentissages. Ainsi, le Docteur Antoine a été amené à transformer une identité professionnelle basée sur des données probantes.

« Je disais à mes patients que l'information que je détenais aujourd'hui n'était valable que maintenant parce que dans cinq ans ou moins, je pourrais leur dire complètement le contraire. Par exemple, à une époque, nous traitions tous les patients ayant contracté le VIH parce qu'on pensait qu'on pouvait guérir tout le monde. En 1996, on pensait qu'on allait guérir la maladie et éliminer le virus. Avec la lipodystrophie et l'apparition de résistances, [...], il y avait des stratégies de traitements qu'on ne prescrivait plus. Un autre exemple est la monothérapie séquentielle. À ce moment-là, on prescrivait et administrait les médicaments l'un après l'autre. Aujourd'hui, on a appris à ne plus les prescrire et les administrer de cette façon. J'ai donc appris que pendant les moments forts de la pandémie,

les données sur les médicaments avaient une valeur précise dans le temps et que ces résultats pourraient être complètement désuets dans un avenir proche » (Docteur Antoine).

Les Docteurs Antoine et Denis ont mentionné que les incertitudes scientifico-médicales qui régnaient, lors des phases A et B, les ont conduits à remettre en question un certain aspect de la logique thérapeutique – le risque apparent ou réel qu'ils couraient en exerçant leur profession en temps de pandémie.

« Lorsque j'effectuais des prises de sang, je ne savais pas si je risquais de contracter le VIH puisque je les touchais » (Docteur Denis).

Les professionnels de l'étude ont dû alors questionner les certitudes scientifico-médicales et apprendre dans l'action ce qu'était cette nouvelle infection, les thérapies, les interactions médicamenteuses et alimentaires, le dosage des médicaments, les infections opportunistes du VIH, les effets secondaires des médicaments ainsi que le mode de transmission du VIH. Toutes les connaissances étaient à développer et elles se développaient dans et par l'action des professionnels, aidés de leurs ressources mobilisées.

« Il faut que tu apprennes la thérapie, les interactions médicamenteuses, le dosage et les effets secondaires » (Docteur Antoine).

4.3.4 – Rapport à la sexualité et à l'homosexualité qu'entretenaient les professionnels

Un autre moteur, lui aussi méconnu ou ignoré, a été le changement des rapports à la sexualité et à l'homosexualité chez les professionnels de l'étude. Il a été possible de retracer, dans les données des entretiens semi-dirigés, l'impact de ce quatrième moteur. D'abord, il y a la prise de conscience de la discrimination possible selon l'orientation sexuelle des sujets et des professionnels qui les traitent.

« Lorsque les patients gais commencent à parler qu'ils sont gais, donc de leur sexualité, le médecin hétérosexuel se ferme un peu. L'attitude devient un peu plus fermée. La communication passe moins bien. Les patients se sentent jugés. Ils sentent souvent que le médecin veut se débarrasser d'eux. Il n'y a pas une très bonne complicité » (Docteur Claude).

C'est cette discrimination, réelle ou perçue, qui a forcé les professionnels de l'étude à militer et à transformer leurs identités personnelle et professionnelle. Le Docteur Claude a mentionné avoir été amené à discuter des comportements sexuels à risque avec ses sujets.

« Quand le patient est revenu me voir, j'ai effectué une espèce d'interview, une investigation et je lui ai posé des questions par rapport à ses comportements sexuels à risque » (Docteur Claude).

« Je parle avec le patient de sexualité, de comportements à risque et des risques pour le patient d'attraper d'autres ITSS ou une super infection » (Docteur Edgar).

Le rapport à la sexualité et à l'homosexualité qu'entretenaient les professionnels de l'étude a suscité des apprentissages expérientiels cruciaux quant à la conversation thérapeutique. Si les professionnels de l'étude ont effectué des transformations à la relation thérapeutique professionnels-sujets en ce qui concernait la conversation thérapeutique, c'est en partie parce qu'ils entretenaient un rapport plus ouvert à l'égard de la sexualité et de l'homosexualité.

4.3.5 – Accroissement de l'autonomie des sujets grâce aux mouvements sociaux contre le VIH

Le Mouvement des PWA ou PLWA n'est pas le premier mouvement social à tenter de contribuer à la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets ainsi qu'à la transformation du rapport au savoir via sa contribution à l'accroissement de l'autonomisation des sujets ayant contracté le VIH. Comme il a été mentionné auparavant, plusieurs autres mouvements y ont contribué d'une façon ou d'une autre depuis les années 1970, par exemple : le Mouvement de santé pour les

femmes (*Our Bodies, Ourselves*), le Mouvement de libération des gais et lesbiennes et l'Association médicale des personnes gaies et lesbiennes.

Il a été possible de retracer dans les données l'impact de ce cinquième facteur. Les Docteurs Antoine, Bernard et Claude ont mentionné que l'autonomisation grandissante de leurs sujets impliqués dans les mouvements sociaux contre le VIH avait provoqué chez eux la nécessité de transformer la conversation qu'ils entretenaient avec leurs sujets afin d'accorder une plus grande place à ces derniers. Mais plus encore, ils ont mentionné qu'ils avaient dû apprendre lors de ces conversations. Ils ont dû apprendre à justifier leurs décisions, à expliciter leurs pensées, à porter attention à leurs paroles et à négocier avec leurs sujets lors de la prise de décision. Ces professionnels avaient ainsi été amenés à transformer leur rapport au savoir et au pouvoir.

« Lorsque j'ai un patient qui est impliqué dans les mouvements gais contre le VIH, cela fait une différence. L'avantage c'est que c'est plus stimulant. Alors, quand tu lui dis de prendre tel traitement, il te demande pourquoi prendre celui-là et pas un autre. Tu dois justifier ta décision » (Docteur Antoine).

« Le cheminement de ma pensée pourrait être un peu différent quand je suis avec un patient qui est impliqué dans les mouvements gais contre le VIH. J'explique plus le cheminement de ma pensée et le traitement que je vais lui administrer. Je prends le temps d'expliquer le cheminement que j'ai suivi pour arriver à la décision d'administrer ce traitement-là » (Docteur Bernard).

« Lorsque je suis avec un patient impliqué dans les mouvements gais contre le VIH, je suis quelquefois en situation où je dois apprendre à négocier avec ce dernier, par exemple le commencement ou la fin de la prise de médicaments » (Docteur Claude).

Il est possible d'affirmer que l'autonomisation grandissante des sujets a joué un rôle déterminant dans la transformation de la relation thérapeutique et la conversation thérapeutique entre les professionnels de l'étude et leurs sujets impliqués dans les mouvements sociaux contre le VIH. En somme, la conversation thérapeutique a été transformée parce que le sujet était secondé dans ses affirmations et revendications par des mouvements sociaux contre le VIH qui l'informaient et le soutenaient. Les

professionnels ont donc été forcés de transformer la relation professionnels-sujets et, dans cette interaction plus égalitaire, à apprendre de façon expérientielle.

4.4 – Passage de la formation médicale continue au développement professionnel continu

Selon les données, il semble que les prestations typiques de formation médicale continue ont fait place à un modèle de développement professionnel continu plus actif et interactif. Dans leur recherche constante d'informations, ces professionnels ont dû développer de nouveaux réseaux, sortir des circuits uniquement médicaux et sélectionner leurs contacts afin de trouver non seulement les informations techniquement pertinentes, et si possible probantes, mais aussi de tenter d'obtenir des collaborations fiables et solidaires afin de traiter leurs sujets. Tout au long de ces transformations, ils ont également effectué de nombreux apprentissages expérientiels inaccessibles via les canaux de formations antérieurs.

Retour sur les moteurs ayant mené aux transformations et aux apprentissages

Cette section a souligné cinq moteurs ou facteurs ou conditions qui ont provoqué, chez les professionnels de l'étude, les transformations de leurs identités personnelle et professionnelle, des rapports professionnel-sujets et professionnels-réseaux, suite à la pandémie du VIH-sida : outre la pandémie elle-même, l'intensité subjective du contexte, la multiplication des découvertes scientifico-médicales et l'accroissement des cas de VIH et de sida, les incertitudes scientifico-médicales et professionnelles, la place grandissante de la sexualité et de l'homosexualité lors des conversations professionnel-sujets ainsi que l'accroissement de l'autonomisation des sujets grâce aux mouvements sociaux gais contre le VIH. Ces cinq moteurs ont conduit les professionnels à se voir autrement, et à voir et à pratiquer différemment la médecine. Ces professionnels, confrontés à des facteurs intrinsèques et extrinsèques puissants,

ont dû revoir leur façon de mettre et de maintenir à jour leurs connaissances et leurs habiletés, des savoirs et des savoir-faire.

Retour sur l'analyse des données

Le quatrième chapitre a abordé les données empiriques de cette étude, en trois temps compte tenu des trois questions de recherche auxquelles elle tentait de répondre. Dans le contexte tout à fait particulier, unique et heuristique de la pandémie, le passage de la Formation professionnelle continue unidirectionnelle au Développement professionnel continu actif a été constaté. Le Développement professionnel continu faisait alors une large place à l'apprentissage expérientiel, sans écarter les sources plus formelles de perfectionnement.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Le présent chapitre portera principalement sur l'interprétation des données recueillies lors des entretiens effectués auprès des professionnels de l'étude et dont les résultats des analyses ont été mentionnés au chapitre précédent. Cette interprétation sera naturellement effectuée en regard de l'objet de recherche ainsi que des questions et des cadres théorique et conceptuel de l'étude, toujours dans le contexte de la pandémie du VIH-sida. À ce point de la thèse, il convient de rappeler l'objet de l'étude mentionné lors de l'énoncé de la problématique. Cette étude porte 1) sur les apprentissages expérientiels réalisés par les professionnels de cette étude, 2) sur les processus d'apprentissage expérientiel par lesquels ils ont été amenés à réaliser de tels apprentissages, et 3) sur les moteurs, facteurs ou conditions qui ont amené ou provoqué ces apprentissages ou transformations.

Dans un premier temps, une discussion sera entamée afin d'examiner comment les résultats obtenus permettent de répondre aux trois objectifs de cette étude. Dans un deuxième temps, les conditions permettant de bonifier le processus d'apprentissage expérientiel des adultes mentionné dans le cadre théorique seront examinées. Dans un troisième temps, la discussion abordera le thème de la mutation du modèle de formation professionnelle continue vers un autre modèle, celui du développement professionnel continu. Enfin, la discussion permettra d'ouvrir de nouvelles avenues de recherche qui seront mentionnées lors de la conclusion à cette étude.

5.1 – Réponses aux trois questions de recherche

Afin d'apporter une perspective nouvelle aux résultats de cette étude, certaines études empiriques et les récits autobiographiques revus plus haut (*voir* section 2.4.2) seront mis à profit. Celles-ci portent sur les apprentissages et les transformations de certains rapports et de certains schèmes de référence, les processus d'apprentissage chez les adultes et en particulier chez les professionnels, ainsi que sur les moteurs, facteurs ou conditions ayant amené ces derniers à effectuer de tels apprentissages ou de telles transformations.

5.1.1 – Apprentissages expérientiels

Le premier objectif de cette étude consistait à identifier les apprentissages expérientiels réalisés par des professionnels de l'étude dans leur rapport à leurs sujets, dans le contexte de la pandémie du VIH-sida.

La question de recherche était la suivante :

- Quels rapports et schèmes de références (connaissances et pratiques) des professionnels de l'étude ont été transformés pour saisir le sens de la nouvelle situation et y intervenir ? Quelles dé- et re-constructions de leur réalité les professionnels de l'étude ont-ils effectuées ?

Puisque cette étude ne comportait que six cas, il aurait été présomptueux de la part de l'étudiant-chercheur de conclure à l'exhaustivité des résultats en ce qui concerne les transformations et les apprentissages réalisés par les professionnels de l'étude. Ainsi, il est tout à fait normal que des transformations de second niveau et des apprentissages mentionnés dans les récits autobiographiques de professionnels, provenant des États-Unis et du Canada, traitant des sujets ayant contracté le VIH, n'aient pas été mentionnés par les professionnels de cette étude. Écrire un livre

demande certainement un acte réflexif plus conscient et profond que de passer une heure en entretien à réfléchir sur une problématique pour la première fois avec un étudiant-chercheur que le professionnel de l'étude ne connaissait pas. Tout de même, cette étude mentionne des indicateurs suffisamment discriminants pour permettre de vérifier la nature et la profondeur des transformations et des apprentissages réalisés¹⁰. Lors de l'analyse empirique au chapitre précédent, les apprentissages et les transformations retracés dans les données ont été regroupés selon la transformation des identités – personnelle et professionnelle, ainsi que la transformation des rapports – professionnel-sujets et professionnels-réseaux.

Toujours selon ce qui a été constaté au chapitre précédent, les professionnels de l'étude ont été amenés à transformer certains de leurs rapports et certains de leurs schèmes de référence grâce à des dilemmes désorientants, des situations interpellantes, tout au long de la pandémie du VIH-sida, principalement lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida. Les professionnels de l'étude ont fait l'expérience concrète de dilemmes désorientants tout au long de la pandémie du VIH-sida, en commençant par le VIH et le sida – l'étape 1 du processus d'apprentissage théorique ; et lorsque le temps et les événements le permettaient, ils effectuaient une observation réfléchie de ces dilemmes – l'étape 2. Cette réflexion leur permettait de tirer de la réflexion sur ces dilemmes des concepts abstraits, surtout des façons d'aborder le prochain dilemme, s'il était semblable à ceux qui ont servi à la conceptualisation abstraite – l'étape 3. Lors de la prochaine expérience concrète d'un dilemme désorientant semblable aux précédents, le professionnel

¹⁰ Afin de faciliter la lecture de la discussion, il est entendu que les thématiques suivantes proviennent des données de l'étude (les données). Lorsque les récits autobiographiques (les récits) présentent les mêmes thématiques, les notions ou les concepts qui n'ont pas été couverts par les données et qui pourraient enrichir la discussion sont alors mentionnés et portent la mention « récit ». Il y aura donc des moments dans la discussion où les thèmes ne seront pas enrichis par les récits ou que les récits apporteront des thèmes complètement nouveaux.

pouvait tenter une expérimentation active – étape 4, et en tirer des leçons qui lui permettraient de recommencer le processus d'apprentissage expérientiel. Ces dilemmes désorientants se produisaient à l'intérieur comme à l'extérieur de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Ces dilemmes désorientants venaient provoquer la transformation des identités personnelle et professionnelle des professionnels de l'étude et transformer les rapports professionnel-sujets et professionnels-réseaux. Il y a donc eu des apprentissages transformatifs, c'est-à-dire, l'appropriation de nouvelles façons de se voir, de voir la réalité et d'agir sur celle-ci. Les habitudes de penser et de pratiquer ont été transformées (Slotnick, 2005 ; Jarvis, 2004 ; Mezirow, 1997 ; Saint-Arnaud, 1992 ; Marsick et Watkins, 1990 ; Schön, 1983 ; Dewey, 1975 ; Rogers, 1969).

5.1.1.1 – Transformation des identités personnelle et professionnelle

Pour un grand nombre de professionnels, l'arrivée de la pandémie, la phase A de la trajectoire de la pandémie, coïncidait avec le moment où ils commençaient à forger leurs identités (Bayer et Oppenheimer, 2000) personnelle et professionnelle. Il semble que les professionnels de l'étude soient de ce nombre. Comme le mentionne Strubi (2009), dans son article intitulé *Jeune médecin cherche identité*,

l'identité du médecin s'articule autour d'un caractère, d'un vécu, du reflet, non seulement celui que nous renvoient les patients et la société, mais aussi celui renvoyé par nos collègues. [...] J'appartiens à la génération X. Je cherche à concilier ma vie professionnelle et ma vie privée. Quand la situation l'exige, je ne compte pas mes heures supplémentaires. J'aime travailler dans un esprit d'« evidence-based medicine » (la médecine basée sur l'« évidence », les données probantes), même si ce n'est pas toujours applicable dans la pratique (p. 1).

Selon les données, les professionnels de l'étude ont aussi été amenés à transformer leur bagage d'expériences et de connaissances lors de l'arrivée de la pandémie et tout au long de la pandémie du VIH-sida, les phases A et B de la trajectoire de la pandémie. Ces transformations se sont opérées via le questionnement des idées, des

croyances, des valeurs et des conduites prises pour acquises (Smith, 2004 ; Balleux, 2000 ; Lindeman, 1926a, b ; Knowles, 1990).

La littérature mentionne que les professionnels médecins gais sont venus, hors de toute proportion, traiter les sujets ayant contracté le VIH. C'est également le cas des professionnels de l'étude. Par le fait même, ils ont dû prendre leur distance face à la neutralité professionnelle traditionnelle. Ils allaient accepter de transformer leur identité personnelle et d'afficher ouvertement leur homosexualité. Ainsi, ils ont décidé qu'ils ne seraient pas comme la génération précédente de professionnels médecins gais qui avaient traité principalement les maladies transmises sexuellement et qui travaillaient en marge de la médecine (Bayer et Oppenheimer, 2000). Certains professionnels ayant témoigné de leur expérience ont ajouté, par ailleurs, qu'ils ont arrêté de se préoccuper de ce que pouvait penser la société à leur égard. Ils étaient gais et ils traitaient des sujets gais ayant contracté le VIH.

Pendant les phases A et B de la trajectoire de la pandémie, devant l'évolution rapide et changeante de la pandémie, l'effet dévastateur qu'elle avait sur leur communauté, la réaction de la population en général et des gouvernements en particulier et le climat d'incertitude qui régnait, plusieurs professionnels de l'étude ont accepté d'embarquer dans un long processus qui allait également les amener à transformer leur identité professionnelle. Ils se sont mis à accorder une plus grande place aux soins apportés aux sujets de la communauté gaie ayant contracté le VIH et à effectuer des activités de lobbying au nom de leurs sujets et de la communauté gaie. Tout au long de la phase la plus dévastatrice de la pandémie, la phase B de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida, les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Denis, Edgar et François, tout comme le mentionnent les professionnels cités dans Bayer et Oppenheimer (2000), sont devenus militants.

Les professionnels de l'étude ont été confrontés à des dilemmes désorientants qui les ont amenés à transformer leur perception de certains concepts clés allant de la logique thérapeutique à un nouveau rapport à la maladie elle-même, en passant par l'acceptation de leurs limites et celles de leur profession. Le but de la logique thérapeutique (Luthy et De Tonnac, 2009) est passé de tenter de supprimer les affections organiques (infections ou maladies) ou psychiques à tenter d'atténuer les symptômes du VIH et du sida au maximum jusqu'à ce que survienne la mort du sujet.

Les concepts suivants ont été retracés dans les données, conformément à ce que plusieurs professionnels médecins ont raconté dans leur ouvrage autobiographique (Boulanger, 2008 ; Bayer et Oppenheimer, 2000 ; Baxter, 1997 ; Zuger, 1995 ; Olivier, 1994 ; Scannell, 1999 ; Selwyn, 1998 ; Verghese, 1985), ce qui supporte la validité de nos résultats. Les professionnels interrogés ont été amenés à vivre au jour le jour, et même à vivre dans l'urgence du moment, selon ce que le Docteur Thomas énonce dans son ouvrage intitulé « Réjean Thomas : Médecin de cœur, homme d'action » (Boulanger, 2008 ; les Docteurs Antoine, Bernard et Denis). Ils ont été conduits à revoir leur perception de la mort et à l'apprivoiser, d'une part grâce aux leçons de vie que les sujets leur apprenaient tout au long de leur parcours vers la mort, et d'autre part grâce à la reconnaissance (surtout lors de la phase B dite de pandémie et militantisme) du fait qu'on admettait que tout le monde allait mourir et qu'il y avait un moment opportun pour mourir et cela, jusqu'à la phase de ladite chronicité et la découverte des médicaments rétroantiviraux. Un bon nombre de professionnels de l'étude ont alors été amenés à s'interroger sur l'euthanasie afin de prendre en compte, au risque de leur propre carrière, la demande de leurs sujets, ou de leurs proches et de les assister à mettre fin à leurs jours. Le Serment d'Hippocrate et les *Lois* concernant l'euthanasie les interpellaient (*voir* appendice G). La phrase « Je ne provoquerai jamais la mort délibérément » (Hoerni, 1996) leur était rappelée constamment.

Les professionnels interrogés ont dû également, surtout lors du début de la phase A de la trajectoire de la pandémie, revoir leur perception du risque qu'ils encouraient en exerçant leur profession, se plaçant souvent dans des situations qui comportaient des dangers pour leur propre santé puisqu'ils traitaient des sujets ayant contracté le VIH tout en ne connaissant pas les modes de transmission de l'infection. Les professionnels de l'étude ont donc été amenés à se poser de sérieuses questions qui venaient bouleverser à nouveau leurs identités personnelle et professionnelle. Quel était leur devoir envers leurs sujets – patients gais ayant contracté le VIH – qui présentaient un risque pour leur propre santé ? Devaient-ils fournir des soins à ces sujets lorsque le risque impliquait la possibilité de mettre en péril leur propre vie ? Pour eux et un grand nombre de professionnels, certains segments du Serment d'Hippocrate les interpellaient (*voir* appendice G). Les phrases « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions » et « J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité » (Hoerni, 1996) se répétaient sans cesse dans leur tête.

Les professionnels interrogés, comme on l'a retracé dans les données, ont appris de façon expérientielle à être non seulement professionnels « médecins », mais également travailleurs sociaux, psychologues, guides, conseillers, entraîneurs et chercheurs, car les professionnels de l'étude devaient pallier le manque de ressources humaines désireuses de traiter leurs sujets ayant contracté le VIH et le besoin grandissant de ces derniers d'obtenir des traitements efficaces. Les récits autobiographiques consultés ajoutent que les professionnels ont dû apprendre l'importance d'être simplement là pour le sujet, comme un compagnon sympathique (Selwyn, 1998 ; les Docteurs Antoine, Denis, Edgar et François).

Toujours lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida, de nombreux professionnels de l'étude en sont venus à questionner la perception qu'ils entretenaient de leurs limites physiques dans un contexte où la charge de travail augmentait sans cesse puisque le nombre de cas de VIH et de sida était en constante croissance et qu'un grand nombre de leurs sujets mouraient. Dans son ouvrage intitulé « L'amour assassin », le Docteur Olivier note que ce sont les sujets qui lui ont fait saisir qu'il n'était qu'humain (Oliver, 1994). De plus, les professionnels interrogés ont été amenés à transformer la perception qu'ils entretenaient de leurs limites professionnelles, ne connaissant ni le virus ni les nombreuses maladies opportunistes qui affectaient leurs sujets. Ce constat a été marquant dans la carrière des professionnels de l'étude comme il l'a été pour plusieurs autres professionnels mentionnés dans les récits autobiographiques.

Au fur et à mesure des avancées scientifico-médicales tout au long de la phase B de la pandémie du VIH-sida, les professionnels de l'étude, comme plusieurs autres (Selwyn, 1998 ; Olivier, 1994 ; les Docteurs Claude, Denis et Edgar) ont aussi été amenés à transformer leur rapport à la certitude scientifico-médicale. Cette transformation était nécessaire afin de leur permettre de pratiquer dans un milieu où les médicaments étaient moins nombreux au début de la pandémie et très nombreux lors de ladite chronicité. Ils ne connaissaient pas les interactions médicamenteuses et alimentaires. Les récits autobiographiques consultés corroborent et enrichissent ces données. Selon le Docteur Baxter, dans son ouvrage intitulé *The Last of These My Brethren*, il semble que l'inexactitude de la science médicale soit quotidiennement mise en évidence lors du traitement de sujets ayant contracté le VIH. Ainsi, certains professionnels de l'étude ont été amenés à transformer la perception de tout ce qu'ils avaient appris avant la venue de la pandémie du VIH-sida puisqu'il leur semblait que ces apprentissages n'étaient plus pertinents. Dans un tel contexte, les professionnels de l'étude et ceux de récits autobiographiques se posaient de nombreuses questions

pour lesquelles ils n'avaient pas de réponses. Ils devaient arrêter d'attendre après un médicament qui allait guérir l'infection au VIH et qui n'arrivait pas, ou une guérison miraculeuse d'un sujet qui ne se produisait pas (Scannell, 1999 ; Selwyn, 1998 ; Verghese, 1985 ; les Docteurs Antoine et Edgar). Finalement, les professionnels interrogés et ceux des récits autobiographiques ont été amenés à se rendre compte que les sujets en savaient souvent plus qu'eux à propos de leur infection au VIH et des maladies opportunistes qui les envahissaient (Scannell, 1999 ; Selwyn, 1998 ; Baxter, 1997 ; Zuger, 1995 ; Verghese, 1985 ; les Docteurs Antoine, Bernard, Denis, Edgar et François).

Les données de cette étude apportent des éléments non retracés, par ailleurs, dans les récits autobiographiques consultés. Certains professionnels de l'étude auraient été amenés à transformer leur perception du temps afin de prendre en compte le fait que leurs sujets n'étaient pas « éternels » (le Docteur Antoine). Ils ont été amenés à considérer que c'était le moment ou jamais pour eux de régler des choses (avec eux-mêmes, leurs proches, leurs sujets et d'autres personnes) qu'ils n'auraient possiblement pas réglées dans d'autres circonstances (le Docteur Bernard). Les professionnels interrogés ont remis en question la perception qu'ils détenaient de l'acharnement thérapeutique en cessant d'imposer leur volonté de guérir à tout prix à leurs sujets (les Docteurs Denis et Edgar) (voir appendice G). Ils ont questionné les notions qu'ils détenaient concernant l'exclusivité professionnelle et la fidélité sans limite que leurs sujets devaient entretenir envers eux lorsque leurs sujets se mettaient à visiter plus d'un professionnel afin de vérifier les dires de chacun (les Docteurs Antoine et François). Ils ont été amenés à revoir les sources et modes d'apprentissage (les Docteurs Antoine, Bernard, Edgar et François) et à élargir leur vision des lieux traditionnels de pratique médicale afin d'y inclure des lieux de pratique médicale moins traditionnels. Ils se sont mis à se rendre où se trouvaient les

sujets – les prisons et surtout le lieu de résidence des sujets (les Docteurs Antoine, Claude et Denis).

Les professionnels, face à un double stigma – sexualité et homosexualité, et craignant la contagion (Olivier, 1996), pouvaient décider de ne pas s'impliquer. Les professionnels des récits autobiographiques qui avaient décidé de s'impliquer dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH devaient apprendre, s'il ne le savait pas déjà, ce qu'était la culture homosexuelle, en temps de pandémie, aidée de nombreuses publications, comme le *People With AIDS* (PWA), le *Health Group Newsletter*, l'*AIDS Treatment News*, le *Gay Men's Health Crisis* et le *Newsletter of Experiential Therapies* (Verghese, 1985). Les professionnels de l'étude ont, pour leur part, appris dans l'action, de façon expérientielle, les modes de transmission du VIH et les infections opportunistes possibles du VIH. Ils ont appris les thérapies à faire suivre, le dosage des médicaments à prescrire et leurs effets secondaires. La majorité des professionnels interrogés connaissaient déjà la culture homosexuelle. Par contre, ils ont dû apprendre les interactions médicamenteuses et alimentaires des médicaments prescrits et les thérapies alternatives (naturelles) existantes grâce aux connaissances et expériences de leurs sujets. Ceux-ci leur permettaient de vérifier de façon systématique une interaction ressentie, ce qui pouvait amener les professionnels de l'étude à la conceptualisation abstraite. Ils ont appris à effectuer le suivi sérologique de leurs sujets et à déterminer le moment où ces derniers devenaient sidéens. Enfin, ils ont appris le parcours de leurs sujets vers la mort (les Docteurs Antoine, Denis, Edgar et François), car lors de la phase B de la trajectoire de la pandémie, le parcours de presque tous leurs sujets ayant contracté le VIH était le même, une mort presque certaine, à court, à moyen ou à long terme.

Les professionnels de l'étude ont dû transformer l'image qu'ils détenaient de la Faculté de médecine et du Collège des médecins ainsi que les limites de la formation

qu'ils y avaient reçue (les Docteurs Antoine et Edgar), car leur bagage de connaissances et d'expériences, acquis lors de leur formation initiale, ne les aidait pas à guérir le VIH ou le sida. L'expérience confirmait l'image d'une pratique médicale souvent portée à jeter le blâme sur les sujets et entretenant des préjugés face à la communauté gaie (les Docteurs Claude, Denis et Edgar). Les professionnels de l'étude ont dû se familiariser avec les nouvelles technologies de l'information. Elles leur permettaient non seulement de se maintenir à jour sur les maladies, les interactions médicamenteuses, les traitements, les médicaments et les médecines alternatives, mais aussi d'être en communication avec la communauté gaie et de trouver les sites Internet où naviguaient leurs sujets. Les professionnels interrogés pouvaient alors informer les sujets de la présence de sites qui véhiculaient de bonnes et de fausses informations (les Docteurs Edgar et François). De plus, les professionnels de l'étude ont été amenés à apprendre qu'ils n'étaient pas obligés d'être séropositifs pour traiter leurs sujets ayant contracté le VIH (les Docteurs Bernard et François). Enfin, en plus de leur bagage d'expérience et de connaissances, de nombreux professionnels interrogés se sont rendu compte que c'était leur vie toute entière qui avait été transformée lors de la pandémie du VIH-sida.

5.1.1.2 – Transformation du rapport thérapeutique professionnel-sujets

Les professionnels de l'étude qui ont accepté le défi de pratiquer la médecine auprès de sujets ayant contracté ou pas le VIH ont dû transformer la relation thérapeutique professionnel-sujets et effectuer des apprentissages. Une plus grande place à la conversation touchant certains aspects de la sexualité et de l'homosexualité devait être accordée. Malheureusement, au début de la pandémie (la phase A de la trajectoire de la pandémie), les sujets mouraient souvent très rapidement. Les professionnels de l'étude ont alors dû transformer la relation thérapeutique professionnel-sujets afin d'aborder, lors de conversations thérapeutiques, les divers

aspects de la sexualité afin de prévenir l'infection ou la surinfection de partenaires, et tout ce qui pouvait affecter leurs sujets étant donné qu'ils étaient homosexuels.

Heureusement, les connaissances concernant le VIH-sida ont énormément augmenté, permettant l'avènement de nouvelles thérapies, de nouveaux traitements, donc de nouveaux médicaments. Les sujets ne meurent donc plus aussi rapidement et peuvent même aspirer à un retour à une vie « normale », donc à une vie sexuelle active. Les sujets vivaient alors avec une maladie à caractère, ou dite, chronique qui pouvait potentiellement être mortelle (Gillett, 2001). Toutefois, le spectre, la crainte ou le poids suscités par la possibilité de transmettre à nouveau le VIH à une autre personne, partenaire ou autre, et de favoriser la propagation du VIH, et par le fait même de contribuer à la pandémie, planent toujours au-dessus de leur tête.

À cause des risques impliqués dans les pratiques sexuelles à risque et même à haut risque de certains de leurs sujets, surtout lors de la phase C de la trajectoire de la pandémie, les professionnels de l'étude ont dû recommencer à aborder, lors de la conversation thérapeutique, le thème de la prévention contre le VIH. Ce thème touchait naturellement les pratiques sexuelles sécuritaires que les membres de la communauté gaie, et tout particulièrement les sujets ayant contracté le VIH, devraient promouvoir et auxquelles ils devraient s'adonner s'ils sont pour mener une vie sexuelle active.

Les professionnels de l'étude, lors de conversations thérapeutiques, devaient maintenant aborder les questions entourant le retour à une vie sexuelle active. Ils pouvaient alors aborder la question sous différents angles, mais surtout aborder les stratégies disponibles et les conséquences de chacune des stratégies. Au moins quatre stratégies étaient probables. D'une part, les sujets pouvaient refuser complètement toute activité sexuelle. D'autre part, ils pouvaient désirer avoir des relations

sexuelles protégées ou qui ne comportaient aucun risque pour les deux partenaires. Ou bien, ils pouvaient rechercher des relations sexuelles avec des partenaires en situation semblable, le sérotriage. Enfin, certains sujets pouvaient désirer avoir des relations sexuelles à risque et même à très haut risque pour eux et pour les autres partenaires impliquées, c'est-à-dire, des relations anales sans condom, le « *Bare-backing* » (Otis, Flores-Aranda, Godin, Gélinas, Girard, Alary et Fréchette, 2007).

Au-delà de la transformation des identités personnelles et professionnelles, le contexte de la pandémie – les phases A et B de la trajectoire de la pandémie – a mené les professionnels de l'étude à transformer le rapport thérapeutique traditionnel qu'ils entretenaient auparavant avec leurs sujets et cela, en particulier, eu égard à la confidentialité et à la distance thérapeutique, d'une part à la demande explicite de leurs sujets de la conserver, même si elle était déjà implicitement conservée (*voir* appendice G), et d'autre part suite aux conséquences néfastes qu'entraînait la destruction de la frontière professionnel-sujets. Les professionnels de l'étude ont ainsi réalisé que la frontière entre eux et leurs sujets s'estompait au fur et à mesure que les individus qui se pointaient à la clinique étaient (ou avaient jadis été) des amis, des amants, des collègues de travail, ou autres membres de la communauté gaie à laquelle eux-mêmes appartenaient. L'arrivée en force de sujets, lors de la forte période de la phase B de la trajectoire de la pandémie, surtout dans le contexte particulier de rapports rapprochés entre le professionnel et les sujets, a amené les professionnels interrogés à questionner la distance thérapeutique et la frontière traditionnelle entre eux (Bayer et Oppenheimer, 2000 ; Baxter, 1997 ; les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Denis et Edgar).

De plus, les professionnels de l'étude et des récits autobiographiques ont appris à transformer leur mode de conversation thérapeutique professionnel-sujets dans l'action. Ils ont appris à ne pas confronter les sujets, à porter moins de jugements à leur

endroit et à écouter et à respecter leurs revendications et leurs volontés (Scannell, 1999 ; Baxter, 1997 ; les Docteurs Antoine, Claude, Denis et Edgar), surtout avec l'arrivée des sujets supportés par les mouvements gais contre le VIH, lors de la phase B de la trajectoire de la pandémie. Tous les professionnels de l'étude ont appris à justifier leurs décisions, à expliquer leur pensée, à porter une plus grande attention à leurs paroles et à négocier avec leurs sujets impliqués dans les mouvements sociaux gais contre le VIH afin de prendre en compte leur autonomisation grandissante dans leurs rapports avec eux (les professionnels). Dans leurs récits (Bayer et Oppenheimer, 2000 ; Zuger, 1995 ; Olivier, 1994 ; les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Denis, Edgar et François), certains professionnels des récits autobiographiques ont ajouté que les sujets semblaient avoir saisi l'occasion qui leur était donnée pour accroître leur autonomie et par le fait même, prendre une place plus importante à l'intérieur de la relation thérapeutique professionnel-sujets. Les professionnels de l'étude ont indiqué que l'autonomie des sujets était le résultat de leur capacité à s'informer et à se maintenir à jour sur tout ce qui touchait et entourait le VIH et le sida. Tous les professionnels de l'étude ont aussi appris à tenir de plus en plus compte de la place grandissante de la sexualité et de l'homosexualité dans leur conversation thérapeutique avec leurs sujets (Bayer et Oppenheimer, 2000 ; Zuger, 1995 ; Olivier, 1994 ; les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Denis, Edgar et François), surtout lors de la phase C de la trajectoire de la pandémie, car les sujets mouraient moins du VIH et pouvaient même penser à un retour à une vie sexuelle normale.

Les anciens schèmes de référence sur la notion de confidentialité posaient problème (les Docteurs Antoine, Denis et François). Les professionnels interrogés ont été amenés à prendre conscience des savoirs qu'ils détenaient et à les partager au moment opportun afin d'aider certains de leurs sujets à mieux comprendre leur situation et ainsi pouvoir changer certaines de leurs habitudes (les Docteurs Antoine,

Bernard, Claude, Edgar et François). Ainsi, ils ont intégré, à l'intérieur de leur pratique médicale, une pratique éducative : éducation à la santé, à la sexualité, et aux infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) (les Docteurs Bernard, Claude, Denis, Edgar et François). Et ce rapport éducatif devenait même réciproque. Les professionnels de l'étude ont dû vivre une inversion possible des rôles. Tantôt, ils étaient soigneurs, traiteurs et leurs sujets étaient soignés, traités. Puis, à d'autres moments, ils devenaient soignés, traités et leurs sujets devenaient soigneurs, traiteurs et sources d'information (informateurs) (les Docteurs Claude, Denis et Edgar). À d'autres moments, les sujets devenaient même formateurs. Un professionnel interrogé a ainsi appris, de façon formelle (une formation à l'extérieur du bureau) et expérientielle (une formation à l'intérieur de sa pratique médicale) à modifier l'approche pour annoncer une mauvaise nouvelle à ses sujets qui venaient de recevoir les résultats de leur sérologie (le Docteur Claude). Ils ont appris à engager des conversations thérapeutiques stimulantes et à un plus haut niveau scientifique avec leurs sujets (les Docteurs Antoine et Bernard) soutenus par les mouvements sociaux contre le VIH. Les professionnels de l'étude ont appris à expliquer et à donner les raisons des décisions qu'ils prenaient concernant la santé de leurs sujets et à faire attention au choix des mots qu'ils utilisaient lorsqu'ils devaient en fournir. Ils ont appris à discuter et à négocier avec leurs sujets le début ou non ainsi que l'arrêt des traitements et le choix des médicaments à prescrire (les Docteurs Antoine, Bernard et Claude). Ils ont été amenés à accorder une plus grande place aux conversations touchant les comportements à risque que leurs sujets exhibaient, les drogues et l'alcool qu'ils consommaient, les *raves*⁹ auxquels ils participaient et le *cruising*⁸ qu'ils effectuaient à l'intérieur de la conversation thérapeutique (les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Denis, Edgar et François), surtout lors de la phase C de la trajectoire de la pandémie. La conversation thérapeutique devait faire une plus grande place au désarroi de leurs sujets, au rejet auquel ils faisaient face sur une base régulière (les Docteurs Claude et Edgar), aux expériences sexuelles, aux

saunas et autres endroits de rencontre généralement passés sous silence (les Docteurs Claude et François), surtout lors des phases B et C de la trajectoire de la pandémie. La relation thérapeutique professionnel-sujets a donc été transformée à différents moments, à différents niveaux et de différentes façons selon la phase de la pandémie.

5.1.1.3 – Transformation du rapport professionnels-réseaux

Les données montrent, dans le contexte de la pandémie, une transformation des rapports entre les professionnels et les réseaux de santé, incluant les spécialistes, le secteur pharmaceutique (les pharmacies et les compagnies pharmaceutiques) et le secteur communautaire.

Les professionnels de l'étude ont appris à identifier, « sur le tas », des spécialistes et d'autres professionnels de la santé auprès desquels ils pouvaient envoyer leurs sujets pour consultation (les Docteurs Antoine, Bernard, Claude, Denis et Edgar), surtout lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, car certains professionnels effectuaient de la discrimination contre les sujets provenant de la communauté gaie. Ils ont questionné le besoin qu'ils avaient de tout contrôler ce qui touchait leur pratique médicale, surtout lors de la phase C de la trajectoire de la pandémie. Ils ont commencé à collaborer avec d'autres professionnels qui avaient une expertise reconnue et qui étaient sympathiques à leur cause (les Docteurs Denis et Edgar), également lors de la phase C de la trajectoire de la pandémie.

Les professionnels interrogés ont aussi été conduits à constater, lors du passage de la phase B à la phase C de la trajectoire de la pandémie, l'ouverture des compagnies pharmaceutiques quant à leur participation aux protocoles de recherche et à la possibilité d'obtenir d'elles des médicaments dont la mise en marché n'était toujours pas effectuée. Ils ont tiré avantages des possibilités de formation particulière offertes par ces compagnies pharmaceutiques et de l'appui financier pour la réalisation

d'initiatives de recherche et à des projets humanitaires dans lesquelles les compagnies pharmaceutiques étaient impliquées (les Docteurs Antoine, Claude, Denis, Edgar et François). Les rapports entre les professionnels médecins praticiens et les compagnies pharmaceutiques se trouvaient ainsi modifiés, où les praticiens devenaient des chercheurs-praticiens impliqués dans les opérations de recherche. Toutefois, les professionnels de l'étude considéraient toujours, comme il a été constaté ailleurs (Relman, 2001), que la logique prédominante d'action des compagnies pharmaceutiques était avant tout d'ordre lucratif.

De plus, les professionnels de l'étude ont été conduits à développer et à maintenir des liens avec les pharmaciennes et pharmaciens des pharmacies spécialisées dans la vente de médicaments destinés aux sujets – patients ayant contracté le VIH, surtout lors de la phase B de la trajectoire de la pandémie. Ils constituaient une source importante de données puisque ces derniers se maintenaient à jour sur la présence grandissante de médicaments en continuelle mouvance sur le marché.

Les professionnels interrogés ont aussi développé, lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, des liens avec les mouvements sociaux et leurs militants qui venaient cogner aux portes de leur clinique. Ils sont certainement ceux qui sont allés le plus loin sur le terrain pour faire avancer les politiques gouvernementales en matière de recherche, de mise en marché et de disponibilité des médicaments destinés aux sujets ayant contracté le VIH (Mangeot, 2004).

Les professionnels de l'étude se sont impliqués directement dans les organismes communautaires gais contre le VIH et ont appris à y jouer un rôle actif (les Docteurs Antoine, Claude, Denis et Edgar). Cette étude le montre, l'intensité des apprentissages et des transformations réalisés par les professionnels auprès de leurs sujets dans le contexte de cette pandémie varie tout au long de la trajectoire de la

pandémie du VIH-sida, tout comme leur capacité à les expliciter¹¹. En somme, ce ne sont pas tous les professionnels, y compris ceux de l'étude, qui apprennent de leurs sujets ayant contracté le VIH ou qui sont capables de l'expliquer.

L'étudiant-chercheur a constaté la difficulté de certains professionnels de l'étude à expliciter l'éventail de leurs transformations et de leurs apprentissages. Comme le mentionne Baxter (1997), plusieurs contraintes à l'explicitation des transformations et des apprentissages des professionnels peuvent être mentionnées, soit : l'argent, la fierté de posséder toute la connaissance scientifique, ou tout simplement le manque de temps pour assimiler dans leur propre vie les leçons de souffrance de leurs sujets. Comme le mentionnent Luthy et De Tonnac (2009), les professionnels doivent surmonter leurs propres résistances pour accueillir le sujet et accepter d'apprendre d'autres choses sur la vie, sur sa vie.

Cette étude a donc permis d'identifier les apprentissages expérientiels explicités par six professionnels en rapport à leurs sujets, ces apprentissages ayant pu les conduire à transformer non seulement leurs savoirs et certaines pratiques, mais aussi certains rapports et schèmes de référence. Les apprentissages retracés dans les données dépassent la simple acquisition de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences ; il y a eu, pour emprunter le concept de Mezirow, des apprentissages véritablement transformatifs. Certes, ces transformations n'auraient pu se produire sans les expériences fortes de dissonance cognitive et émotionnelles retracées dans les données (par ex. : la nouvelle infection qui par la suite a été nommée VIH et toutes les maladies opportunistes que les sujets développaient), mais elles n'auraient pu davantage se réaliser sans que les professionnels de cette étude dépassent ces

¹¹ « Au niveau médical, il est rare qu'un patient m'apprenne quelque chose que je ne connaissais pas déjà » (Docteur Antoine).

apprentissages expérientiels pour mobiliser des savoirs externes nouveaux et à cette fin, participer à des activités structurées de développement professionnel continu.

Une prochaine étude comportant un nombre plus imposant de cas permettrait certainement de relever un nombre plus considérable d'apprentissages et de transformations. Il serait alors possible de bonifier la liste de ceux et celles qui n'ont pas été mentionnés lors de cette étude. Mais comment les professionnels de l'étude ont-ils effectué ces apprentissages transformatifs (Mezirow, 1991, 1997) ?

5.1.2 – Processus d'apprentissage expérientiel en plusieurs étapes

Le deuxième objectif consistait à identifier, décrire et analyser les processus mêmes d'apprentissage expérientiel. La question de recherche était la suivante :

Comment les professionnels de l'étude ont-ils effectué les apprentissages et la transformation de certains rapports et de certains schèmes de référence grâce à leurs sujets, dans un tel contexte ?

En se servant de différents auteurs qui ont étudié les processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes et plus spécifiquement chez les professionnels (Slotnick, 1999, 2001, 2005 ; Slotnick, Harris et Antonenko, 2001 ; Slotnick, Kristjanson, Raszkowski et Moravec, 1998, 1997 ; Marsick et Watkins, 1990) mentionnés dans le cadre théorique développé au chapitre II, et des données retracées dans les entretiens auprès des professionnels de l'étude, il a été possible d'examiner de plus près les processus d'apprentissage expérientiel chez ces derniers. De plus, il a été possible d'enrichir notre compréhension de ces mêmes processus d'apprentissage expérientiels.

Sur le plan théorique, les auteurs mentionnés au chapitre II ont surtout abordé le processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes comme étant un cycle de quatre

étapes, soit : l'expérience concrète, l'observation réfléchie, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active.

Tableau 5.1 – Vision intégrée des processus d'apprentissage expérientiel des professionnels de l'étude

Étapes	Description des étapes, mais qui ne sont aucunement linéaires
Étape 0	Acceptation du contexte d'incertitude
Étape 1	Expérience concrète et dilemme désorientant
Étape 2	Observation réfléchie rationnelle et émotionnelle
Étape 3	Systématisation et conceptualisation abstraite
Étape 4	Expérience active

Pour structurer la discussion des résultats, les quatre étapes du processus d'apprentissage expérientiel théorique seront successivement mentionnées, enrichies à la lumière de travaux d'autres auteurs (par exemple : l'étude de Slotnick [1999] intitulée *How Doctors Learn: Physicians' Self-directed Learning Episodes*) et commentées afin de parvenir à une vision intégrée des processus d'apprentissage expérientiel des professionnels de cette étude (voir figure 5.1).

Toutefois, il est important de rappeler, comme le fait Schön (1983), que dans les actions spontanées et intuitives, un professionnel est continuellement engagé dans un processus souvent tacite d'appréciation, de sondage, de modélisation, d'essai, de diagnostic ou d'évaluation qu'il peut à peine décrire. La présente discussion sur les processus d'apprentissage expérientiel des professionnels de l'étude est donc intéressante et importante pour l'avancement des connaissances dans ce domaine.

5.1.2.1 – Expérience concrète

D'après la théorie, comme le mentionnent Kolb (1984) et Coleman (1976), le déclenchement du processus d'apprentissage expérientiel des adultes s'effectue lorsque ces derniers vivent une expérience concrète ou participent à une action dans une circonstance particulière. Plus encore, pour Mezirow (1991 et 1997), le

déclenchement du processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes s'effectue lorsque ceux-ci rencontrent un dilemme désorientant. Certains auteurs parleront de déséquilibre (Dewey, 1960) ou de surprise (Schön, 1983) (*voir figure 2.1*).

Le déclenchement du processus se produit dans l'action (Mezirow, 1991). Ce sont en effet les situations désorientantes rencontrées par les professionnels de l'étude qui les ont amenés à transformer leur façon de se voir, et de voir et de pratiquer la médecine. Le déclenchement du processus s'est fait dans leur rapport au contexte de travail (Barrette, 2008) où ils se sont tout à coup retrouvés, soit l'émergence inattendue de cette pandémie.

L'analyse des données de l'étude a identifié plusieurs dilemmes désorientants et cela, à plusieurs niveaux. En ce qui concerne l'identité professionnelle, les professionnels de l'étude se trouvaient tout à coup désemparés devant une maladie inconnue – la phase A de la trajectoire de la pandémie, ne connaissant ni son origine ni les infections mystérieuses qui l'accompagnaient. Ils se voyaient impuissants face aux traitements thérapeutiques sollicités, dépourvus non seulement devant une maladie, mais une pandémie, et cela, sans traitement. Les schèmes de référence et les savoirs issus de leur formation médicale initiale ne tenaient plus la route.

En ce qui concerne la relation thérapeutique avec les sujets et outre le défi que représentait l'incertitude scientifico-médicale – les phases A et B de la trajectoire de la pandémie, les professionnels se voyaient tout à coup en rapport avec des sujets actifs et informés qui étaient, comme les professionnels, en recherche constante d'information à propos de leur infection au VIH et des maladies opportunistes qui les envahissaient. Les représentants des organismes communautaires participaient souvent aux mêmes congrès scientifiques que les professionnels. Pour la première fois dans leur carrière, ces derniers expérimentaient un nouveau mode de

conversation thérapeutique professionnel-sujets, devant justifier leurs décisions, porter une plus grande attention à la parole des sujets et prendre en compte leur autonomisation grandissante dans leurs rapports avec eux. La sexualité et l'homosexualité prenaient une place grandissante dans les conversations thérapeutiques, surtout lors de la phase C de la trajectoire de la pandémie, incluant les diverses expériences sexuelles et les pratiques à risque. Pour la première fois, ils se voyaient demander d'exercer aussi le rôle de travailleurs sociaux, de confidents, de guides ou de psychologues, confrontés qu'ils étaient à la demande de sujets ou de proches de les aider à mourir en dignité, et confrontés qu'ils étaient également à l'épineuse question non résolue de l'euthanasie. Le modèle traditionnel d'appropriation du savoir, par les professionnels de l'étude, ne tenait plus, sans compter le dilemme idéologique que constituait alors une interprétation discriminatoire de la pandémie, jetant le blâme sur les sujets et entretenant des préjugés face à la communauté gaie. Les professionnels de l'étude étaient aussi confrontés à la demande nouvelle des sujets pour une confidentialité face à leur sérologie.

Les professionnels étaient aussi confrontés à plusieurs dilemmes en raison de la transformation du rapport professionnels-réseaux de santé. Lors des phases A et B de la pandémie du VIH-sida, les professionnels de l'étude ainsi que leurs sujets ont été confrontés à des comportements discriminatoires de la part de collègues et autres professionnels du domaine de la santé et au défi de développer une collaboration réciproque avec les autres professions. Ils ont fait face à une charge de travail sans cesse grandissante. Ils devaient développer des modèles inusités de coopération avec les représentants des compagnies pharmaceutiques afin d'obtenir des médicaments dont la mise en marché n'était toujours pas effectuée, les pharmaciennes et les pharmaciens afin d'obtenir les plus récentes informations concernant les derniers développements en pharmacologie, ou participer à la mise en œuvre de protocoles de

recherche afin d'aider au développement de nouveaux médicaments. Ils ont été confrontés à l'exigence de devenir chercheurs praticiens. Enfin, ils ont été confrontés à la nécessité de devenir directement impliqués dans les organismes communautaires gais contre le VIH.

Les professionnels de l'étude avaient été formés pour guérir des maladies connues selon des protocoles validés. La venue du VIH venait bouleverser ce schéma. Ce sont ces divers dilemmes désorientants reliés à l'arrivée du VIH et du sida qui ont enclenché les apprentissages expérientiels relevés dans les données. Ces dilemmes désorientants ont conduit les professionnels interrogés à remettre en question des savoirs, à questionner des pratiques institutionnalisées, à revoir leurs relations à la profession et leurs rapports avec les autres corps professionnels ainsi qu'avec la société civile. Ne disposant pas des savoirs et des stratégies requises pour répondre aux nouveaux défis, ils n'avaient d'autres choix que d'explorer, à travers leur action et en communication avec leurs collègues, leurs sujets et leurs réseaux, de nouvelles voies pour y parvenir.

Dans la pratique, comme le confirme Slotnick (1999), la motivation de ces professionnels à apprendre et réapprendre émergera lorsque ces derniers se trouveront démunis sinon désorientés devant les nouveaux problèmes, tant spécifiques que plus généraux, tout en constatant que les sources traditionnelles d'expertise pour les aider à trouver des éléments de réponse sont dans ce cas inadéquates. Les habiletés, les connaissances et les traitements appris ne répondaient pas à la situation. Il leur fallait explorer des alternatives.

La première étape, où se produit le dilemme désorientant, marque donc le début de la dé- et re-construction d'un savoir, ou de la transformation d'un rapport ou d'un schéma de référence. Devant ce dilemme désorientant, les professionnels de l'étude

ont été conduits à observer, à voir autrement, à questionner, à chercher de nouvelles pistes et à réfléchir.

5.1.2.2 – Observation réfléchie

D'après la théorie, pour Schön (1983), comme pour Kolb (1984), la deuxième étape du processus d'apprentissage expérientiel est l'observation réfléchie (fig. 5.1). Cette étape sert à convertir des connaissances tacites ou implicites issues de l'expérience et de l'observation en connaissances explicites via la réflexion (Eraut, 2000). C'est le dilemme désorientant (ou une surprise selon le langage de Schön [1983]) vécu lors de la première étape du cycle d'apprentissage qui amènera les professionnels à réfléchir dans, sur et pendant l'action. Certains auteurs parleront de l'observation minutieuse des éléments de la situation et des conditions ambiantes (Dewey, 1960), de l'observation des effets de cette action et de la recherche de la compréhension des effets de cette action dans cette circonstance particulière (Coleman, 1976) ou encore de l'auto-examen (Mezirow, 1991, 1997).

Selon les données, l'observation réfléchie a porté sur différents aspects de la pratique des professionnels. Elle a porté sur leur pratique (par ex. : tous les endroits où ils devaient pratiquer la médecine) et leurs sujets (par ex. : les caractéristiques des vieux sujets versus les jeunes sujets ayant nouvellement contracté le VIH). L'observation réfléchie a également porté sur leurs habiletés (par ex. : comment annoncer une mauvaise nouvelle à un sujet ayant nouvellement contracté le VIH) et leurs connaissances (par ex. : le VIH, le sida, les maladies opportunistes et les traitements constitués, institutionnalisés et alternatifs). De plus, elle a porté sur leurs interactions avec leurs sujets (par ex. : la confrontation des sujets lors de conversations thérapeutiques) et les autres (par ex. : les conversations avec les proches des sujets), ainsi que sur leurs forces (par ex. : leur implication militante) et leurs faiblesses (par ex. : leurs limites personnelle, professionnelle et cognitive).

En ce qui concerne la pratique, Slotnick (1999) parle de la réflexion des professionnels de la façon suivante. Les professionnels, faisant face à un dilemme désorientant qui vient de survenir (précipité), doivent décider si et comment ils vont apprendre ce qui est nécessaire afin de le résoudre. Ils doivent considérer où se situe le problème par rapport à leur vie en général et leur pratique en particulier. Ils doivent réfléchir à la place que prend le problème à l'intérieur de leur pratique. Lors d'un problème spécifique, c'est-à-dire, un problème causé par un sujet patient en particulier, les professionnels se concentreront sur le sujet ainsi que sur les lectures et les consultations disponibles sur le champ. Leur réflexion sera une réflexion clinique et immédiate. Ils considéreront lesquelles connaissances et habiletés dont ils ont besoin pour résoudre le problème. Lors d'un problème général, c'est-à-dire, la mise à jour des habiletés et des connaissances dans un domaine particulier, les professionnels mettront l'accent sur les habiletés et les connaissances qu'ils doivent apprendre. La réflexion sera consultative, délibérée et se produira lorsque les professionnels auront le temps de considérer le problème. Ils liront, prendront des cours et consulteront des collègues. Or, dans le cas analysé, surtout lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, une fois le problème saisi et réfléchi, le recours aux avis d'experts, aux ressources normalement consultées en de tels cas, ne tenait pas. Les modes traditionnels de mise à jour, d'apprentissage continu fonctionnaient peu ou pas.

L'analyse des données de l'étude a identifié plusieurs exemples où les professionnels ont été amenés à se questionner, à voir leur réflexion stimulée par des impasses et même des épisodes de découragement, mais aussi par des retours personnels sur leurs pratiques ainsi que des discussions et échanges avec les collègues aux prises avec les mêmes dilemmes.

a) Questionnements personnels (émotions, pratiques)

Les professionnels de l'étude ont d'abord été amenés à un travail réflexif récurrent lors des nombreux questionnements personnels provoqués par la sévérité de la pandémie et le manque de contrôle sur la situation – les phases A et B de la trajectoire de la pandémie. Certains professionnels interrogés se sont demandé ce qu'ils feraient si jamais ils devenaient infectés eux-mêmes par le virus du VIH et s'ils pouvaient traiter les sujets ayant contracté le VIH sans le contracter eux-mêmes. Certains se sont demandé comment gérer leurs émotions dans leurs rapports avec des sujets qui leur sont proches, comment montrer ou non leurs émotions devant un sujet à la porte de la mort. Que faire lorsqu'ils devaient annoncer une mauvaise nouvelle à l'un de leurs sujets ?

b) Épisodes de découragement et de questionnement (pratique, identité et façon de faire)

Pour plusieurs professionnels, les épisodes de découragements passagers, lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, ont été des moments intensifs de retour, de réflexion et d'interrogation sur leurs pratiques, leur identité et leurs façons de faire. Le fatalisme rattaché à l'infection au VIH dans les premières années de la pandémie, durant lesquelles presque tous leurs sujets mouraient, décourageait (démoralisait) les professionnels de l'étude et les questionnait. Ils réfléchissaient sur les moyens, sinon de guérir, du moins, de prévenir le VIH. Le nombre sans cesse croissant de décès chez leurs sujets et l'apparition des maladies connexes (opportunistes) qui s'ajoutaient à l'infection au VIH soulevaient de nombreuses questions. Les manquements de la profession médicale en un tel contexte insolite et inusité amenaient les professionnels interrogés à réfléchir à leur avenir.

c) Retour sur la pratique (expériences, observations)

Les professionnels de l'étude ont été amenés à réfléchir sur leurs expériences et leurs observations à l'intérieur de leur pratique médicale, durant toutes les phases de la trajectoire de la pandémie, mais surtout durant les phases A et B. Ils réfléchissaient principalement sur les nouveaux médicaments ainsi que sur leurs essais (certains réussis, d'autres non concluants), sur les effets secondaires imprévus, mais aussi sur l'exploration de nouveaux rapports avec les sujets et les autres acteurs. Comment pratiquer la médecine lorsque les sujets sont des proches (amants ou ex-amants, amis, famille ou autres) ? Comment respecter les sujets lorsqu'ils décident que c'est le bon moment pour mourir ? Comment s'impliquer comme professionnels dans les mouvements gais contre le VIH ? Comment réagir positivement à l'accroissement de l'autonomie des sujets et de leurs réseaux ? Les professionnels questionnaient aussi individuellement et en groupe la qualité des soins prodigués, c'est-à-dire, leur pratique et leur approche (par ex. : le recours à une approche plus holistique [globale] dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH). Chez les professionnels interrogés dans cette étude, la deuxième étape, où se produit l'observation réfléchie, marque donc le début de la réflexion grâce à des discussions, des questionnements, des découragements ou un retour sur leur pratique.

d) Observation réfléchie lors de discussions avec les collègues

La réflexion sur les expériences et les observations se faisait souvent lors de discussion entre des collègues. Un professionnel, parmi les professionnels interrogés, faisant face à un sujet qui affichait des symptômes différents des autres ou qui réagissait différemment aux traitements, consultait les collègues de la clinique afin de discuter du sujet et du traitement à entreprendre, administrer, ne pas administrer ou même cesser. Un professionnel de l'étude affirmera : « mon réseau à moi, c'est [le lien avec] mes collègues » (Docteur Claude). Un autre dira : « durant

le lunch, nous entrons dans le bureau d'un des autres médecins de la clinique afin de discuter de certains cas ou de certains dossiers » (Docteur Denis). Un troisième soulignera qu'il va demander à ses collègues « s'ils ont entendu parler de ce traitement alternatif » (Docteur Edgar).

Malgré l'incertitude qui régnait lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, l'action médicale s'imposait, mais elle tendait alors à s'exercer de façon réfléchie. Dans un tel contexte, la réflexion sur l'action et la poursuite d'expériences réfléchies individuellement et en groupe, comme retracées dans les données, marquaient la pratique médicale, mais le professionnel interrogé avait besoin d'outils conceptuels pour systématiser son expérience. Ces outils sont un ensemble de procédures mentales formant un tout cohérent. Les professionnels se servent de ces outils pour regarder le monde, le contexte de la pandémie, et se regarder eux-mêmes dans le monde, ce même contexte (Meichelbeck, 2005).

5.1.2.3 – Conceptualisation abstraite

D'après la théorie, pour Kolb (1984), la troisième étape du processus d'apprentissage expérientiel est la conceptualisation abstraite. Les professionnels de l'étude cherchaient à établir des liens entre tout ce qu'ils avaient observé et entendu (Dewey, 1960). Sur la base d'un constat systématique des expériences passées et de leurs effets, ils tentaient de prévoir ce qui se passerait si la même situation se reproduisait (Coleman, 1976). Ils exploraient des options pour modifier leur rôle et leurs façons de se voir, de voir et d'agir sur leur pratique (Mezirow, 1991 et 1997).

Lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, les professionnels de l'étude ont constamment cherché à comprendre ce qui se passait chez leurs sujets, à nommer les facteurs ou symptômes observés, pour ensuite proposer et éventuellement valider des liens possibles. C'est, par exemple, lorsqu'ils discutaient de la différence entre

les sujets qui se sont fait infecter au début de la pandémie et ceux qui ont été infectés plus tard, que les professionnels interrogés ont été amenés à dégager des tendances, à déceler certains facteurs, à classer et distinguer les symptômes. La clientèle des sujets devenait plus différenciée, des typologies émergeaient et se raffinaient. Parallèlement, la recherche pharmaceutique exigeait et produisait une typologie des médicaments.

En ce qui concerne la pratique en situation normale, Slotnick (1999) parle de la façon dont est opérée la conceptualisation abstraite chez les professionnels, selon qu'il s'agisse d'un problème spécifique ou général. Les professionnels doivent acquérir les habiletés et les connaissances nécessaires à la résolution du problème auquel ils font face. D'une part, s'il s'agit d'un dilemme spécifique, les professionnels regarderont à l'intérieur de leur pratique, liront la littérature disponible sur le champ ou discuteront avec des collègues afin d'en arriver à la conceptualisation abstraite nécessaire pour adresser le dilemme désorientant. D'autre part, s'il s'agit d'un dilemme général, les professionnels liront la littérature disponible, poseront des questions lors de réunions, consulteront et suivront une formation. Pour les dilemmes spécifiques et généraux, les professionnels effectueront un bilan rétrospectif (*post mortem*) mettant l'accent sur l'expérience qu'ils ont acquise, les connaissances et les expériences qu'ils détenaient auparavant ainsi que sur les expériences (personnelles et publiées) de leurs collègues.

Toutefois, chez les professionnels interrogés, et surtout durant des phases A et B de la trajectoire du VIH, la conceptualisation abstraite ne pouvait s'effectuer en référant à des savoirs existants ou aux sources normales de consultation. Toute la communauté professionnelle était en recherche d'informations face à cette pandémie inconnue. Les professionnels de l'étude ont utilisé plusieurs moyens afin de chercher à se donner une compréhension systématique de la maladie et à se donner les outils

nécessaires pour faire avancer leur pratique. Ils ont fait le suivi des recherches en cours au pays et ailleurs dans le monde. Ils ont échangé des expériences avec leurs collègues et communiqué avec leurs sujets devenus informateurs et formateurs. Ils ont participé aux congrès et conférences scientifiques multiples sur la thématique ainsi qu'à la mise en œuvre de protocoles de recherche avec les entreprises pharmaceutiques, exerçant ainsi leur nouveau rôle de praticiens-chercheurs.

5.1.2.4 – Expérimentation active

La quatrième étape théorique du processus d'apprentissage expérientiel est l'expérimentation active (Kolb, 1984). Certains auteurs parleront de remise à l'épreuve dans une situation semblable (Dewey, 1960), de mise en action du principe général dans une nouvelle circonstance à l'intérieur de toute une gamme de généralisations (Coleman, 1976), d'expérimentation sur-le-champ (Schön, 1983) ou encore d'expérimentation des nouveaux rôles (Mezirow, 1991 et 1997).

Schön (1983) a démontré que dans les actions spontanées et intuitives, un bon praticien est continuellement engagé dans un processus souvent tacite d'appréciation, de sondage, de modélisation, d'essai, de diagnostic ou d'évaluation qu'il peut à peine décrire. Le rôle de l'action est donc crucial pour la construction d'un répertoire d'expériences, de stratégies et d'explications. C'est en agissant et en réfléchissant sur les résultats de l'action que le praticien teste et valide les solutions à un problème. Ce qui résiste à l'épreuve de l'expérience est intégré dans le répertoire dont dispose le praticien et enrichit son bagage de connaissances disponibles pour apprécier d'autres situations. C'est lors de l'expérimentation active que le praticien peut constater les effets de l'apprentissage expérientiel sur la façon qu'il a de se voir, de voir et de pratiquer la médecine.

Fort des acquis des expériences passées et co-analysées entre les collègues et avec les sujets, les pratiques comme les façons de se voir, de voir et pratiquer la médecine n'ont cessé de se transformer tout au long de l'évolution de la pandémie. Les professionnels de l'étude ont mentionné comment ils s'y sont pris pour annoncer une mauvaise nouvelle depuis qu'ils ont réfléchi à cet événement troublant avec leurs collègues et certains sujets. Ils ont noté, par exemple, comment ils interagissent avec leurs sujets lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, phases durant lesquelles ils ont rebâti les rapports autrefois distants entre eux et ces derniers, comment également ils ont transformé leur pratique, passant de sauveteurs à guides et comment ils ont travaillé avec les organismes communautaires suite à leurs expériences avec les anciens groupes communautaires où ils étaient, jadis, peu impliqués.

En ce qui concerne la pratique, Slotnick (1999) parle de l'expérimentation active en ces termes. Les professionnels appliqueront dans leur pratique ce qu'ils ont appris lorsqu'ils auront résolu le problème auquel ils ont fait face de façon précipitée ainsi que les autres problèmes qui y étaient associés. Ils pratiqueront ce qu'ils ont appris et apprendront de l'expérience des autres professionnels qui ont également fait face à des situations similaires. Lorsque ce seront des dilemmes généraux, les professionnels opteront pour la lecture, la participation à des cours, la consultation de collègues ainsi que l'apprentissage par la pratique active. En revanche, lorsque ce seront des dilemmes spécifiques, les professionnels, suite à l'utilisation des ressources immédiatement disponibles, agiront. La dynamique du développement professionnel continu, sur laquelle un retour sera effectué à la fin de ce chapitre, est précisément le développement en spirale ascendante de ce processus ou de ce cycle en quatre étapes : expériences qui désorientent, expériences réfléchies, systématisation des expériences et observations et, quatrièmement, le retour enrichi à l'action, l'expérimentation active.

L'étude a permis de retracer, chez les professionnels qui y ont participé, les quatre éléments théoriques du cycle d'apprentissage expérientiel. Mais si la théorie de l'apprentissage expérientiel et transformatif permet en grande partie d'expliquer les pratiques retracées dans les données au chapitre IV et de saisir la dynamique de leur développement, dans la pratique, le processus d'apprentissage expérientiel s'avère beaucoup plus complexe. La prochaine section tentera de justifier l'ajout d'étapes additionnelles au processus d'apprentissage expérientiel chez les professionnels. La justification de ces ajouts proviendra majoritairement de cette étude ainsi que des études de Slonick (1999).

5.1.2.5 – Étapes manquantes au processus proposé par la théorie

À l'analyse des données, il est possible de constater que le processus d'apprentissage expérientiel, observé dans cette étude, est plus complexe que celui proposé par la théorie. Ainsi, Slotnick (1999) rappelle une étape préalable ou antérieure à la première étape proposée dans la théorie, soit l'expérience concrète, où les professionnels constatent un problème et acceptent de relever le défi qu'il comporte. Les étudiants en formation médicale initiale qui suivent un curriculum basé sur les problèmes n'ont pas le choix de considérer ou de ne pas considérer un problème. La pratique de la médecine est un contexte complètement différent. Cette étape pourrait porter le nom d'« Étape 0 ».

a) Étape 0 : refuser ou accepter d'entreprendre un processus d'apprentissage

Comme le mentionnent Kitchener et King (1994), il en est autrement pour les professionnels en exercice et encore davantage pour les professionnels de l'étude qui, en plus, sont confrontés à une situation inconnue de l'ensemble de la communauté médicale et scientifique. Dès l'étape 0, certains professionnels peuvent refuser l'expérience, soit qu'ils considèrent l'infection au VIH comme un sujet tabou

et qu'ils ne sont pas prêts à s'y investir personnellement, professionnellement et cognitivement. D'autres peuvent ne pas être à l'aise de devoir discuter de sexualité et d'homosexualité avec leurs sujets. Ceux-là ne s'investiront également pas personnellement, professionnellement et cognitivement.

Selon les récits autobiographiques de professionnels dont le parcours de vie a été semblable aux professionnels de l'étude, il a été possible de retracer certaines raisons empêchant ces derniers à s'investir personnellement, professionnellement et cognitivement, et donc à apprendre. Baxter (1997) mentionne que certains professionnels n'apprennent pas de leurs sujets ayant contracté le VIH en raison de certaines contraintes, leur certitude de posséder en exclusivité la connaissance scientifique, ou encore par manque de temps pour assimiler les leçons de leurs sujets. Un professionnel de l'étude a d'ailleurs mentionné que c'était très rare qu'un sujet lui apportait une information médicale qu'il n'avait pas déjà en sa possession puisqu'il assistait à tous les congrès et toutes les conférences, en plus de tout lire sur le VIH et le sida dans les revues scientifiques spécialisées dans le domaine.

Un autre obstacle, mentionné par les professionnels dans les récits autobiographiques, est l'environnement de la pratique médicale elle-même, lorsque l'achalandage ou les situations de crise rendent impossible toute observation réfléchie. Un professionnel de l'étude a d'ailleurs mentionné comment son environnement de travail le contraignait dans ses apprentissages, voyant quatre patients à l'heure, il n'avait pas le temps de faire autre chose, c'est-à-dire, de réfléchir à ce qui venait de se passer avec un sujet patient. Bien souvent, tout ce qu'il avait le temps de faire, c'était de se calmer, de tourner la page et de continuer à travailler. Enfin, selon Rogers (Balleux, 2000), la théorie mentionne qu'un apprentissage n'est réel que lorsqu'il est significatif et qu'il ne devient tel que dans la mesure où le professionnel en perçoit la pertinence, c'est-à-dire dans la mesure où

l'apprentissage prend sens par rapport aux expériences accumulées du professionnel qui, ainsi, s'actualise. La théorie de l'apprentissage expérientiel devrait tenter d'intégrer les obstacles et les environnements propices à de tels apprentissages.

b) Étape implicite : arrêt ou poursuite d'un apprentissage expérientiel

Selon Slotnick (1999), il existerait possiblement des critères clairs pour chacune des étapes du processus d'apprentissage expérientiel afin de déterminer si les professionnels allaient arrêter ou poursuivre leur apprentissage, mais qui n'étaient pas explicites. Les critères devaient être adressés par les professionnels pendant le processus d'apprentissage expérientiel. Il y aurait donc une étape implicite à ajouter au processus d'apprentissage expérientiel théorique. Cette étape pourrait alors porter l'étiquette suivante, selon l'étape du processus d'apprentissage où elle est ajoutée, Étape implicite – critères pour arrêter ou poursuite un apprentissage expérientiel.

Toujours selon Slotnick (1999), le processus d'apprentissage expérientiel prendrait fin pour différentes raisons ou dans différentes circonstances. D'abord, il prendrait fin lorsque les professionnels auraient acquis suffisamment d'expérience pour être en confiance avec le nouvel apprentissage. Ce phénomène apparaît lorsque les professionnels ne considèrent plus consciemment leurs actions ou que leur attention se déplace vers d'autres problèmes. Le processus s'arrêterait également lorsque le problème est résolu ou que les professionnels n'y sont plus intéressés (par ex. : les données indiquent que les professionnels de l'étude ont mis fin à leur apprentissage concernant les sujets qui étaient incapables de faire face à la mort lorsqu'ils ont rencontré un nombre suffisamment élevé de sujets dans la même situation et donc qu'ils ont acquis assez d'expérience dans ce domaine pour être en confiance avec le nouvel apprentissage, leur attention pouvant alors se déplacer vers d'autres problèmes).

Il est important de noter que la décision de commencer, d'arrêter ou de poursuivre un apprentissage peut être prise sur une toute autre base, c'est-à-dire, sur la base qu'il n'y a pas de solution au problème. L'infection au VIH est un exemple frappant de cette situation. Le VIH est toujours une infection dont les sujets l'ayant contracté peuvent en mourir. De plus, il n'y a pas de vaccin pour la prévenir, ni de traitement pour la guérir. En somme, l'étape implicite doit être ajoutée au processus d'apprentissage expérientiel théorique de façon à prendre en compte le fait que les professionnels peuvent arrêter à tout moment leur apprentissage.

**c) Étape de socio-construction des savoirs
(grâce à des interactions avec des individus)**

Selon plusieurs auteurs, dont Marsick et Watkins (1990), Benveniste (1987), Slotnick (1999) et autres, ainsi que selon les données de cette étude, les professionnels ont été amenés à apprendre dans leur milieu de travail. Ces apprentissages ont été réalisés grâce à des interactions avec d'autres professionnels, avec leurs collègues de travail, d'autres spécialistes, d'autres professionnels de la santé (dont des infirmières) et même avec leurs sujets lorsque le besoin était le plus pressant. Par exemple, c'est l'infirmière qui a appris à un professionnel de l'étude comment réagir lorsqu'un sujet lui a déclaré qu'il l'abandonnait ; ce sont les sujets qui ont appris aux professionnels interrogés les différents comportements à risque qu'ils exhibaient, le rejet qu'ils ressentaient et la discrimination à laquelle ils faisaient face ; ce sont les autres professionnels qui leur apprenaient le traitement à prodiguer lors d'une infection au VIH ; enfin, ce sont les représentants des compagnies pharmaceutiques qui leur apprenaient les nouveaux traitements à prodiguer et les nouveaux médicaments à prescrire contre le VIH ou les maladies opportunistes associées.

Tableau 5.2 – Une infection qui met la vie d'un sujet en danger : les étapes du processus d'apprentissage d'un médecin confronté à un patient mourant

Étapes/Attributs	Étape 0 Évaluer l'environnement pour des problèmes potentiels	Étape 1 Décider d'aborder le problème	Étape 2 Apprendre les habiletés et connaissances requises	Étape 3 Gagner de l'expérience
Objectif	Essaie d'identifier des problèmes potentiels.	Doit décider s'il va aborder ce problème.	Savoir comment préparer un sujet à faire face à la mort lorsque tous les traitements n'ont rien donné.	Comprendre ce qui vient de se passer et gagner de l'expérience à travailler avec de tels sujets et leur famille.
Différence	Fait la tournée de ses sujets ayant contracté le VIH et est en attente de problèmes potentiels.	Reconnaît qu'il y a une différence entre les attentes du sujet (continuer à essayer d'autres traitements) et celles du professionnel (il est temps d'arrêter les traitements et de laisser la vie suivre son cours).	Ne pensait pas qu'il possédait les connaissances nécessaires pour affronter les sujets et leur famille qui ne veulent pas ou ne peuvent pas faire face à la mort.	Savait qu'il y avait des sujets et leur famille qui n'étaient pas capables de faire face à la mort tandis que d'autres sujets et leur famille le seraient s'ils étaient mieux préparés à faire face à la maladie du sujet, le VIH. Le Docteur nécessitait de l'expérience à travailler avec les deux groupes.
Ressources	Peut converser avec infirmières, sujet, amis, frère et sœurs.	Expérience antérieure avec des sujets en phase terminale. Expérience à annoncer une mauvaise nouvelle.	Consulter une collègue infirmière.	Gagner de l'expérience. Plus le Docteur travaillait avec de tels sujets et leur famille, plus il était à l'aise à travailler avec eux.
Réflexion	Pense que c'est un problème qu'il devrait considérer.	S'apercevoir que sa décision d'arrêter les traitements allait à l'encontre des désirs du patient et de sa famille.	A examiné ce qu'il a appris de sa consultation avec le sujet, sa famille et sa collègue infirmière.	A considéré comment la situation de chaque sujet et sa famille est différente. A su utiliser ses connaissances et ses habiletés pour que le sujet devienne confortable avec le nouveau plan (arrêt de traitement).
Critères déterminant la fin de l'apprentissage	Considère que c'est un problème intéressant et assez important pour qu'il continue à le considérer.	Reconnaît qu'il y a un problème, qu'il y a possiblement une solution.	A assez appris afin de développer un plan d'action qu'il peut maintenant appliquer aux sujets et à leur famille qui ne veulent pas ou ne peuvent pas faire face à la mort. S'est finalement senti confortable avec le plan.	Il est maintenant confortable (mais toujours émotif) lorsqu'il doit arrêter les traitements d'un patient et a maintenant une bonne idée comment va réagir le sujet. Il est également confortable lors de la discussion de cette problématique avec le sujet et sa famille.

Selon Benveniste (1987) et les données de l'étude, les professionnels ont mis à profit une importante base de connaissances et d'expériences qu'ils ont mis à jour grâce, entre autres, à leurs collègues (par ex. : les professionnels de l'étude ont souvent mentionné que leurs collègues de travail constituaient le plus important réseau qu'ils utilisaient pour effectuer des apprentissages).

La systématisation théorique de Slotnick (1999), présentée au tableau 2.5 intitulé *Attributes of Each Stage of a Learning Episode*, met en lumière des aspects

importants de l'apprentissage expérientiel de professionnels opérant dans le contexte de la pandémie du VIH. À titre d'exemple, le tableau 5.2 reprend les phases et les catégories, mentionnées par Slotnick (1999), pour décrire le processus d'apprentissage de l'un des professionnels de l'étude (Docteur Denis). Il est alors possible de constater l'importance que joue l'intensité émotive de l'expérience dans la remise en question des savoirs et savoir-faire de ce professionnel. Toutefois, il est important de noter que le cadre de Slotnick (1999), tout en mettant en lumière l'étape préalable, fusionne les étapes 2 (observation réfléchie) et 3 (conceptualisation) de notre schéma théorique de départ, et subdivise l'étape 4 (expérimentation active) pour inclure l'activité de compréhension et d'expérimentation.

Le modèle de Slotnick (1999) offre un cadre pertinent pour mieux comprendre le rapport thérapeutique du professionnel médecin confronté à des situations inusitées, expérimentant avec des sujets patients qui lui transmettent des informations jusqu'alors inconnues. Toutefois, ce modèle néglige l'étape 2 (moment crucial de l'apprentissage expérientiel transformatif) et tend à réduire l'étape 3 à une mise à jour fonctionnelle des connaissances manquantes. Or, reprenant les termes de Mezirow (1997), les apprentissages expérientiels observés conduisant à une transformation des schèmes de référence prennent leur source dans le contexte « désorientant » qui déclenchera des questionnements et des curiosités, lesquelles viendront nourrir la phase suivante d'observation réfléchie, alors que la systématisation ne pourra qu'être intermittente et progressive puisque la recherche scientifique, loin de devancer la pratique professionnelle, se développe simultanément avec, ou même après elle. Le processus d'apprentissage expérientiel devient complexe dans la mesure où, avant de retourner vérifier dans l'expérience le bien-fondé de ces principes, l'élaboration de concepts et de savoirs scientifiques s'avère continue en validation et questionnement.

Autres traits spécifiques de cette étude, ce sont les types de ressources mobilisées et mobilisables par les professionnels. Slotnick (2001) et Barrette (2008) énumèrent neuf types de ressources : les ressources personnelles, la littérature existante, les ressources professionnelles ou expertises disponibles, les journaux et revues scientifiques, les ressources sur support technologique, les ouvrages scientifiques de référence, la formation professionnelle continue et les expériences uniques provenant du contexte même de la pandémie.

Deux remarques s'imposent à ce sujet. D'abord, comme déjà souligné, le contexte problématique où opèrent les professionnels de l'étude limite l'utilisation de plusieurs de ces ressources déphasées momentanément ou même inexistantes face à cette nouvelle infection (par ex. : les ouvrages scientifiques de référence). Ensuite, et paradoxalement, ce même contexte a eu pour effet de rapprocher les professionnels praticiens de la recherche (et surtout de la recherche, un travail en progrès, « work in progress ») et de leurs sujets informateurs et formateurs. Cela a même conduit les professionnels de l'étude à se tenir non seulement à l'affût du développement scientifique en cours, mais aussi d'y participer directement, des professionnels praticiens. Bref, dans les processus observés d'apprentissage, tout n'était pas que strictement expérientiel.

Suite à la discussion ainsi qu'aux commentaires et suggestions concernant le processus d'apprentissage des professionnels et, en particulier, ceux de cette étude, il a été possible de reconstruire le processus d'apprentissage expérientiel théorique par lequel les professionnels de cette étude ont été amenés à transformer leurs identités personnelle et professionnelle, leurs rapports et leurs schèmes de référence lors du traitement de leurs sujets ayant contracté le VIH, tout au long de la pandémie du VIH-sida (*voir* tableau 5.1).

d) Émotions (où les placer dans le processus d'apprentissage expérientiel)

Comme le mentionne l'étude de Slotnick (1999), il ne semble pas y avoir d'endroit pour consigner les émotions (*affect*) dans le processus d'apprentissage expérientiel théorique. Selon Barrette (2008), de telles émotions « sont apparues être de l'ordre des *ressources mobilisées*, et elles agissent alors comme des *moteurs de l'apprentissage informel* » (p. 288). Les diverses ressources personnelles dont dispose chaque professionnel de l'étude sont, selon Barrette (2008), la dimension...

de la personne entière en activité qui agit en relation avec le contexte en utilisant ses connaissances et stratégies cognitives, mais aussi ses émotions, ce qui s'est exprimé dans les données comme son « intuition », ses valeurs et son engagement personnel ou sa motivation. Il est certain que tous ces aspects sont autant de facteurs d'influence dans le vécu de la personne, qui tous entrent en jeu dans son rapport au monde (p. 288).

Le processus d'apprentissage expérientiel des professionnels de cette étude, suggéré ici, ajoute une étape (étape 0) au processus théorique préalablement élaboré (Kolb, 1984). Il fait place aussi, dans les étapes 2 et 3, aux apprentissages structurés. Il insiste sur la place des émotions (*affect*) dans l'exercice difficile de dé- et re-construction de l'identité, des rapports et des schèmes de références dont l'appropriation est certes d'abord d'ordre rationnel, mais comporte aussi un rapport plus qu'intellectuel aux valeurs sous-jacentes qui sont toujours ancrées dans les expériences passées du professionnel (*voir* tableau 5.1). De plus, la place que jouent les émotions dans la dé- et la re-construction de l'identité, des rapports et des schèmes de référence est loin d'être passif. De telles dé- et re-constructions ont été provoquées par des moteurs, des facteurs ou des conditions. Les émotions sont justement l'un de ces moteurs. Il est maintenant nécessaire d'explorer pourquoi de tels apprentissages expérientiels se sont produits dans le contexte de la pandémie du VIH-sida. Quels ont été les autres moteurs ?

5.1.3 – Conditions menant à la réalisation des apprentissages expérientiels

Le troisième objectif consistait à identifier, décrire et analyser les moteurs, facteurs ou conditions qui ont produit de tels apprentissages expérientiels dans le contexte de la pandémie du VIH-sida.

La question de recherche reliée au troisième objectif était la suivante :

- Pourquoi les rapports et les schèmes de référence des professionnels de l'étude concernant la pratique médicale reliée au VIH sont-ils devenus caducs ? Quels sont les moteurs, facteurs ou conditions qui ont rendu possibles ces transformations ? Quels rôles ont joués les sujets immédiats et les réseaux auxquels certains d'entre eux étaient associés ?

L'apparition du VIH-sida, la phase A de la trajectoire de la pandémie du VIH, a marqué le renouveau des incertitudes scientifico-médicales et professionnelles chez les professionnels de l'étude, car ni la communauté scientifique, ni la communauté médicale ne connaissaient cette infection et les maladies opportunistes qu'elle entraîne puisque rien n'avait encore été publié (Fiore, 1993, p. 20).

Pour répondre à cette question, il a fallu retracer, dans le discours des professionnels interrogés, les moteurs, facteurs ou conditions qui les ont conduits, à travers des expériences professionnelles difficiles, à interroger leurs pratiques et savoirs, à transformer certains de leurs rapports et certains de leurs schèmes de référence, à devoir révéler leur identité personnelle et à redéfinir leur identité professionnelle, et plus immédiatement à devoir apprendre dans l'action.

Les données de l'étude indiquent que les principaux moteurs, facteurs ou conditions sont de deux types, soit extrinsèques, soit intrinsèques. D'abord, en rapport aux

facteurs extrinsèques, il faut mentionner les pressions sociales, culturelles (Vygotski, 1997) et politiques qui existaient, surtout lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie. La société, toute entière, clamait des réponses concernant la propagation de cette nouvelle infection. Elle ostracisait la communauté gaie, et par le fait même, les membres gais de la profession médicale et leurs sujets. Comme le mentionnent Bayer et Oppenheimer (2000), il y avait aussi un aspect politique au sida. La présence de mouvements gais contre le VIH faisait la différence. Le sujet n'était pas seul. Les mouvements gais contre le VIH étaient capables d'interroger le savoir médical constitué et institutionnalisé, de participer à la recherche pharmaceutique, de lutter contre l'interprétation discriminatoire de la progression de la pandémie, de supporter les cliniques alternatives, de diffuser l'information disponible, d'éduquer les sujets et leur entourage, et de les aider avec leur difficile parcours – un espace où ils pouvaient affronter collectivement leurs inquiétudes. Ce mouvement social contribua ainsi à transformer le rapport thérapeutique professionnel-sujets, tout comme (*voir* Chapitre II – Cadres théorique et conceptuel) le mouvement des femmes l'avait fait aux États-Unis, une décennie auparavant, en rapport au cancer du sein et aux pratiques qui s'y rattachaient. « *This was a political issue* ». Dans son récit, le Docteur Mazzulo (Bayer et Oppenheimer, 2000, p. 39) affirmait : « *Not only could we all die from this, but they could put us in concentration camps. So I had a medical awakening and a political awakening that occurred between '82 and '84 that was just unique in my professional life* ».

Soutenus par les mouvements gais contre le VIH, les sujets ainsi se sont appropriés le savoir scientifique dans l'espace réservé de l'expertise instituée. Ils se sont mis à infléchir sur les priorités de la recherche. Ils ont contesté les normes scientifiques qui gouvernaient les stratégies de recherche et les critères de preuve en matière d'efficacité des médicaments. Ils ont même proposé des normes plus efficaces.

Le rapport à la sexualité et à l'homosexualité qu'entretenaient les professionnels lors de l'arrivée de la pandémie du VIH-sida (la phase A de la trajectoire de la pandémie) a provoqué la transformation de leurs identités personnelle et professionnelle. De plus, ce rapport a provoqué la transformation de la relation thérapeutique professionnel-sujets, une transformation de certains aspects de la conversation thérapeutique.

Face à un double stigma – sexualité et homosexualité, et craignant la contagion, les professionnels ont dû effectuer un choix souvent déchirant et déterminant en ce qui concernait la transformation de leurs identités personnelle et professionnelle. D'une part, certains sont devenus des spécialistes du VIH-sida et du traitement des sujets qui l'ont contracté, gais ou autres, tandis que d'autres se sont distancés de la maladie et par le fait même ont ostracisé le groupe le plus atteint à l'époque, les membres de la communauté gaie (Merrill, Laux et Thornby, 1989 ; Olivier, 1996 ; Smith 2001).

Les facteurs extrinsèques venaient, en quelque sorte, intensifier la pression existante exercée par les facteurs intrinsèques déjà présents chez les professionnels interrogés. De plus, les facteurs intrinsèques et extrinsèques se trouvaient alimentés par le contexte émotionnel intensif dans lequel pratiquaient les professionnels de l'étude. Dès le début de la pandémie, ces derniers ont porté une valeur très élevée à l'apprentissage de tout ce qui entourait le traitement de leurs sujets ayant contracté le VIH. Le contexte unique et nouveau entourant la réalité des sujets créait une condition tout à fait particulière. Les professionnels n'avaient pas le choix de ne pas s'impliquer, de chercher activement à contrôler le déroulement et les conséquences funestes du VIH, car les sujets étaient des connaissances, des amis, appelés à mourir. C'était aussi des hommes gais de leur ville, de leur quartier. Ce contexte a été déterminant, surtout aux étapes 0 et 1 du processus d'apprentissage expérientiel, pour lever les résistances personnelles et culturelles, pour affronter la hantise de l'inconnu et l'anxiété d'une

prise de conscience de l'inconsistance de leurs schèmes de référence personnels avec leurs nouvelles expériences quotidiennes. La conscience des valeurs en jeu (Careau et Fournier, 2002 ; Viau, 1996), source de leur résilience, les a même conduits à militer pour leurs sujets ayant contracté le VIH et à pratiquer dans ce domaine.

Cette nouvelle pandémie créait aussi une condition plus objective qui rendait inévitable la remise en question des savoirs et savoir-faire. Ces professionnels praticiens se trouvaient tout à coup dans une situation d'incompétence face à la situation, une incompétence généralisée à toute la profession, bref une incertitude sur le plan scientifico-médical. Ce degré élevé d'incertitude quant à leur pratique les a conduits non à un retrait, mais à l'adoption d'une posture expérimentale et d'une curiosité scientifique qui a transformé leur rapport à la recherche et aux réseaux qui la supportent. C'est l'acceptation du contexte d'incertitude, l'étape 0 (*voir* tableau 5.1). Cela a aussi constitué un moteur important qui explique en partie le caractère soutenu des apprentissages expérientiels, que l'étude a démontré, en particulier dans les étapes 2 et 3 du processus (*voir* tableau 5.1).

Leur perception du manque de compétence et de contrôle sur la situation (Careau et Fournier, 2002 ; Viau, 1996), mise dans le contexte d'une incertitude généralisée, lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, loin de miner, au sens de Bandura (1993), leur sens d'efficacité éducative, de confiance et donc de les dissuader à s'embarquer dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH, étape 0 du processus (*voir* tableau 5.1), a constitué au contraire un moteur puissant d'apprentissage, d'interapprentissage et d'innovation pour les professionnels de l'étude. Toutefois, cette même perception du manque de compétence et de contrôle sur la situation a possiblement été la raison qui a incité certains professionnels, homosexuels ou hétérosexuels, à ne pas s'impliquer dans le traitement de sujets gais ayant contracté le VIH. Les professionnels de l'étude, qui se sont impliqués dans le

traitement des sujets ayant contracté le VIH, ont donc ignoré les perceptions, évoquées dans la théorie, qui auraient dû stopper leur désir de s'impliquer dans une telle cause. Les émotions étaient beaucoup plus fortes que tout ce qu'ils pouvaient entretenir comme perception de la situation.

Ce contexte particulier (fait d'instabilité, d'incertitude et d'ambiguïté des réponses offertes) et la croissance exponentielle de l'information qui y circulait créèrent un environnement propice à des apprentissages transformatifs qui venaient s'ajouter aux expériences de vie cumulées par les professionnels interrogés ou qui venaient tout simplement les faire évoluer ou s'actualiser. Évidemment, une telle étude de cas ne peut, de toute évidence, valider expérimentalement le poids relatif de ces différents facteurs. Toutefois, elle a permis de retracer, dans le discours des acteurs, des indicateurs explicites quant au poids du contexte de cette pandémie.

5.1.4 – Transformation du modèle traditionnel de formation professionnelle continue

Selon les données, il est clair que les prestations typiques de formation médicale continue ne pouvaient, d'en haut, répondre aux questionnements des professionnels praticiens, faisant ainsi place à un modèle plus dynamique, celui d'un modèle de Développement professionnel continu plus actif et interactif (Davis, 1995). Avant l'arrivée de la pandémie du VIH-sida, soit la phase A de la trajectoire de la pandémie (voir tableau 5.3), les professionnels de l'étude avaient reçu leur formation selon le modèle traditionnel de formation médicale de base via les établissements universitaires et hospitaliers ainsi que le modèle traditionnel de formation médicale continue basé sur une transmission linéaire et verticale « *top down* » (de haut en bas) du savoir. Ce dernier modèle préconisait les formations médicales annuelles obligatoires pour ses membres afin qu'ils puissent se tenir à jour et maintenir leur certification.

Dans le contexte de la pandémie du VIH-sida, lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, où rien n'existait pour traiter et tenter de guérir les sujets et que tout était à construire, le modèle traditionnel de formation médicale continue ne tenait plus (*voir* tableau 5.3). Une mutation s'est donc effectuée vers le modèle de développement professionnel continu. Comme le démontrent les données, les professionnels de l'étude n'ont pas fait exception à la tendance émergente qui se produisait dans leur corps professionnel, allant vers une réforme du modèle de formation médicale continue et préconisant un plus grand recours aux apprentissages expérientiels (*voir* section 2.4.1), lesquels doivent être supportés par les divers réseaux qu'ils avaient réussi à bâtir, soit les réseaux de professionnels, de recherche et de groupes communautaires.

Certes, les professionnels de l'étude ont tout de même continué à participer à des activités de formation de type plus traditionnel (par ex. : des activités obligatoires ou volontaires de transfert des connaissances afin de les maintenir à jour dans leur domaine d'expertise). Toutefois, ils ont également opté pour des pratiques éducatives plus interactives de mise à jour de leurs connaissances via des collègues de travail, des compagnies pharmaceutiques, des sujets et des groupes communautaires lors de rencontres non formelles et informelles ainsi que d'expériences vécues en situation d'apprentissages expérientiels. De plus, les professionnels interrogés ont transformé leur rôle afin d'être davantage impliqués dans la recherche via les nombreux protocoles et les comités aviseurs formés par les compagnies pharmaceutiques, et ainsi d'être davantage incités à devenir, avec leurs collègues, des praticiens chercheurs réflexifs. Ils ont opté, par le fait même, pour une multiplicité de situations et de modes d'apprentissage. En plus de l'apprentissage autodirigé et de l'apprentissage informel via des pratiques réflexives, ils ont effectué des inter-apprentissages interdisciplinaires et interprofessionnels ainsi que des apprentissages entre eux et leurs patients devenus informateurs, formateurs, « sujets ».

Comme le démontre le tableau 5.3, intitulé « Trois phases de la trajectoire de la pandémie », les prestations typiques de formation médicale continue du genre « mise à jour récurrente des savoirs » ont dû faire place à un modèle de développement professionnel continu plus actif et interactif. Cette transformation tient non seulement à un mixte d’approches, mais surtout à une remise en question du modèle sous-jacent de production et de diffusion du savoir scientifique. Un exemple de cette mutation vers un modèle plus interactif et réflexif de développement professionnel continu, exemple corroboré par cette étude, c’est la remise en question de la place marginale du praticien dans le modèle traditionnel de développement des médicaments. Ce bouleversement a été causé, d’une part, par l’arrivée de la pandémie du VIH et, d’autre part, suite aux revendications massives des professionnels et de leurs sujets.

Tableau 5.3 – Trois phases de la trajectoire de la pandémie

<p>Phase A – Apparition du VIH-sida</p> <p>Professionnels: médecins généralistes gais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mode traditionnel de formation médicale de base – établissements universitaires et hospitaliers - Mode traditionnel de formation médicale continue – formations médicales annuelles obligatoires formelles afin que les professionnels puissent maintenir leur certification
<p>Phase B – Pandémie et militantisme</p> <p>Professionnels: médecins généralistes gais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mode traditionnel de formation médicale de base – établissements universitaires et hospitaliers - Mode traditionnel de formation médicale continue – formations médicales annuelles obligatoires afin que les professionnels puissent maintenir leur certification - Développement de nouveaux modes de Développement professionnel continu
<p>Phase C – Chronicité du VIH</p> <p>Professionnels: médecins généralistes gais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mode traditionnel de formation médicale de base – établissements universitaires et hospitaliers - Mode traditionnel de formation médicale continue – formations médicales annuelles obligatoires afin que les professionnels puissent maintenir leur certification - Nouveaux modes de Développement professionnel continu se poursuivent, mais avec moins d’intensité

Enfin, maintenant que l'infection au VIH est devenue une maladie dite chronique (voir tableau 5.3), les professionnels de l'étude tendent à moins recourir aux nouveaux modes de formation médicale continue. La charge de travail du professionnel, l'arrivée des nouveaux traitements et médicaments ainsi que les chances de survie des sujets ont souvent été mentionnées par les professionnels de l'étude pour un tel retour vers le modèle plus traditionnel de formation médicale continue. Ainsi, l'accent des professionnels de l'étude est passé du paradigme de « tenter de maintenir en vie les sujets » à « tenter de maintenir en santé le plus longtemps possible les sujets ».

Toutefois, elle rappelle à l'étudiant-chercheur la possibilité que certains apprentissages, certains rapports et certains schèmes de référence qui ont été transformés par les professionnels de l'étude, suite à la pandémie du VIH, soient à nouveau transformés, suite à ladite chronicité du VIH. Les professionnels pourraient à nouveau transformer leurs identités personnelle (devenir considérablement moins impliqués dans le militantisme) et professionnelle (ne porter que le chapeau du médecin classique), et centrer leur pratique médicale sur le maintien de la santé et la guérison des maladies et ce, à l'intérieur d'une relation thérapeutique unidirectionnelle basée sur une détention exclusive du pouvoir et du savoir. Bref, quel sera l'impact à moyen et à long termes de cette phase intensive que fut l'objet de cette thèse ? Les facteurs à l'origine du passage de la Formation professionnelle continue vers le Développement professionnel continu, comme la dimension montante des compétences de base en matière de santé (Bélanger et Robitaille, 2008) pour poursuivre cette transformation décrite dans cette étude, constituent un moment historiquement fort.

En somme, les professionnels de l'étude ont ainsi contribué à transformer le modèle traditionnel de Formation professionnelle continue (FPC) vers un modèle de Développement professionnel continu (DPC) sans qu'il soit possible d'évaluer

l'impact à long terme de cette transformation (Cervero, 2001 ; Davis, Barnes et Fox, 2003 ; Davis, Evans, Jadad, Perrier et Rath, 2003 ; Davis, 1995).

CONCLUSION

La présente étude touche à la fois les domaines de l'éducation, de la sexologie et de la médecine. D'une part, elle est issue des multiples intérêts en éducation des adultes que l'étudiant-chercheur a développés au cours des années, grâce à l'enseignement des langues secondes aux employés du gouvernement fédéral, des sciences du loisir aux étudiants de premier cycle du niveau universitaire et des sports aux parents des athlètes de multiples disciplines, ainsi que de sa présente implication dans le design et la livraison de programmes de développement professionnel continu à l'intention des cadres dirigeants de la fonction publique fédérale. D'autre part, cette étude est issue des liens entre l'étudiant-chercheur et la communauté gaie, communauté à laquelle ce dernier appartient. Enfin, cette étude est issue des préoccupations personnelles de l'étudiant-chercheur pour sa communauté, une communauté qu'il a vu se faire décimer lors des moments forts de la pandémie du VIH-sida tout au long des trente dernières années et qu'il voit maintenant travailler à se reconstruire et à se redéfinir autour de la même infection, même si cette dernière n'a plus le même impact, ni le même verdict ultime.

Trois visées étaient planifiées lors de la réalisation de cette étude auprès de professionnels, dans le contexte de la pandémie du VIH-sida. La première visée consistait à identifier les apprentissages expérientiels et la transformation de certains schèmes de référence réalisés par des professionnels (médecins généralistes gais) en rapport avec leurs sujets (patients gais ayant contracté le VIH), des apprentissages expérientiels transformatifs. Il s'agissait d'identifier en quoi ce contexte avait possiblement conduit ces professionnels à se remettre en question et à revoir leurs savoirs et certaines de leurs pratiques. La seconde visée consistait à identifier les processus par lesquels ces derniers avaient été amenés à acquérir et à mobiliser de nouvelles visions et sensibilités (la transformation de leurs schèmes de référence), de

nouveaux savoirs (des apprentissages). Enfin, il s'agissait d'explorer les moteurs, facteurs ou conditions qui ont contribué à amener ces mêmes professionnels à réaliser de tels apprentissages et transformations.

Le narratif de cette étude a été réalisé et présenté selon les thèmes suivants. D'abord, la problématique, les cadres théorique et conceptuel, ainsi que la méthodologie ont été explicités. Par la suite, les données de l'étude ont été présentées, analysées, interprétées et discutées. L'interprétation des données recueillies lors des entretiens effectués auprès de six professionnels et six sujets a été effectuée en regard de l'objet et des objectifs de la recherche, ainsi que des cadres théorique et conceptuel de l'étude, toujours dans le contexte de la pandémie du VIH-sida. Toutefois, les données comme telles des sujets n'ont pas été analysées, vu le centrage de l'étude sur les pratiques des professionnels. L'interprétation des données, à partir du cadre d'analyse, a été basée à la fois sur des études empiriques portant sur les processus d'apprentissage expérientiel de professionnels médecins et sur les récits autobiographiques de professionnels médecins traitant des sujets ayant contracté le VIH.

La pandémie du VIH-sida a produit des moments forts et hautement intensifs chez les professionnels de l'étude, leurs sujets ayant contracté ou non le VIH, les membres de leur entourage ainsi que les membres de leurs nombreux réseaux. Ce contexte a marqué les entretiens semi-dirigés effectués auprès des six professionnels. Les données retracées dans la retranscription des entretiens ont révélé que les professionnels de cette étude ont effectué, tout au long de la pandémie du VIH-sida, une modification importante de leur position paradigmatique portant sur la façon d'effectuer leur formation. Ils sont passés de la mise à jour récurrente de leurs connaissances et de leurs habiletés via la formation médicale continue, à l'interrogation et la re-construction de leurs connaissances et de leurs habiletés via une utilisation prédominante d'apprentissages transformatifs et expérientiels, surtout

lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida. Toutefois, ils n'ont pas complètement délaissé la formation médicale continue, une formation basée sur des méthodes traditionnelles de formation, même lors des deux mêmes phases de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida. Maintenant que l'infection au VIH a atteint un stade de dite chronicité, il semble que la modification paradigmatique apparue, lors des phases A et B de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida, pourrait s'atténuer. Lors de la phase C de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida, certes, un certain retour vers la formation médicale continue récurrente basée sur les méthodes traditionnelles de formation récurrente, l'ancien paradigme, semble reprendre de l'importance. Il est trop tôt pour évaluer l'effet à long terme de ce moment fort d'apprentissage expérientiel.

En général, la modification paradigmatique initiale a évidemment été provoquée par la pandémie du VIH-sida et le contexte intensif de questionnements professionnel et personnel. De plus, tout au long des phases A et B de la trajectoire de la pandémie, la multiplication des découvertes scientifico-médicales souvent contradictoires, l'évolution constante des cas de VIH et de sida, les incertitudes scientifico-médicales et professionnelles causées par le manque de données probantes dans le traitement du VIH-sida et des maladies opportunistes que les sujets développaient, le rapport à la sexualité et à l'homosexualité qu'entretenaient les professionnels de l'étude et l'accroissement de l'autonomie de leurs sujets grâce au soutien de leurs mouvements sociaux, ont fait surgir chez les professionnels de l'étude des situations désorientantes provoquant chez ces derniers des apprentissages transformatifs et expérientiels. Ils ont ainsi appris, dans l'action, de nouvelles façons de voir la pratique médicale ainsi que de se voir et de pratiquer la médecine spécialisée dans le traitement de sujets ayant contracté le VIH. Cette étude a exposé de tels apprentissages et de telles transformations des apprentissages transformatifs réalisés dans l'action, donc expérientiels. Ce sont des transformations de leurs identités

personnelle et professionnelle, de leur relation thérapeutique avec leurs sujets ayant contracté le VIH et de leurs rapports avec les membres de leurs nombreux réseaux qui ont été exposées dans cette étude. De plus, ce sont des apprentissages de nouvelles habiletés, perceptions et visions ainsi que de nouveaux traitements et médicaments qui ont également été révélés dans cette étude.

Enfin, les cinq moteurs mentionnés dans cette étude semblent avoir provoqué, chez les professionnels interrogés, une seconde transformation paradigmatique. Ils sont devenus des praticiens chercheurs déterminés à contribuer à la science médicale dans la production de savoirs constitués et institutionnalisés ainsi que dans la production de traitements et de médicaments pouvant être bénéfiques pour leurs sujets. Ils ont ainsi participé à la transformation du modèle traditionnel utilisé par les compagnies pharmaceutiques lors du développement de médicaments et de traitements.

Enfin, les apprentissages transformatifs réalisés par les professionnels interrogés, révélés dans cette étude, ont été réalisés, en grande partie, via le processus d'apprentissage expérientiel. Un retour critique sur le cadre théorique classique traitant des processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes a permis de soulever certaines forces et de révéler certaines lacunes à son sujet. Le processus d'apprentissage expérientiel des adultes, consigné dans la théorie, a en partie aidé à saisir et comprendre comment les professionnels de cette étude ont réalisé ces apprentissages transformatifs. Toutefois, la formulation théorique de ce processus s'est avérée incomplète pour saisir la réalité de ces professionnels, car elle ne prenait pas assez en compte certaines des étapes cruciales. Celles-ci ont été révélées grâce à des études traitant spécifiquement du processus d'apprentissage expérientiel de professionnels médecins ainsi que les données retracées dans cette étude. Ainsi, les quatre étapes du processus d'apprentissage expérientiel théorique ne prenaient pas en considération la décision que devaient prendre les professionnels avant de débiter le

processus – apprendre ou ne pas apprendre, leurs implications subjectives tout au long du processus d'apprentissage expérientiel ainsi que leur décision d'arrêter ou de poursuivre leur apprentissage, et ce, à n'importe quel moment tout au long du processus d'apprentissage expérientiel. Un nouveau processus d'apprentissage expérientiel de cinq étapes, aucunement linéaire, a alors été proposé et a été décrit de la façon suivante, ajoutant une étape préliminaire : l'étape 0 – l'acceptation du contexte d'incertitude, l'étape 1 – l'expérience concrète et le dilemme désorientant, l'étape 2 – l'observation réfléchie et émotionnelle, l'étape 3 – la systématisation et la conceptualisation abstraite, et l'étape 4 – l'expérience active.

a) Contribution de l'étude

Du point de vue théorique, cette étude permet, grâce à son chapitre sur la discussion des résultats, de constater dans quelle mesure les approches théoriques proposées concernant les apprentissages, les processus d'apprentissages expérientiels ainsi que les moteurs, les facteurs ou les conditions pour rendre compte de tels apprentissages sont utiles pour comprendre la transformation des schèmes de référence et l'apprentissage de nouveaux savoirs dans l'action chez les adultes. Elle permet également d'apporter un regard critique et constructif sur les concepts théoriques relatifs aux processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes et en particulier, chez les professionnels. Enfin, elle permet d'aborder le va-et-vient effectué par les professionnels de cette étude entre la formation récurrente des habiletés et des connaissances via la formation médicale continue et le développement professionnel continu, accordant tantôt plus d'importance aux formations dites formelles et non formelles, et donnant à un autre moment plus d'importance aux formations dites informelles et expérientielles, selon la phase de la trajectoire de la pandémie du VIH-sida.

Cette étude permet également de constater dans quelle mesure les études empiriques et les récits autobiographiques sont utiles pour comprendre ces mêmes apprentis-

sages et les mêmes processus d'apprentissages expérientiels vus sous l'angle professionnel-sujets. Mais plus encore, l'apport de cette étude est intéressant pour démontrer l'apport heuristique de l'approche socioconstructiviste, tout en rappelant l'existence et l'exigence du savoir constitué et donc, la pertinence de retenir aux fins d'analyse certains éléments de l'approche cognitive. Cette thèse montre clairement la dimension sociale des apprentissages et en particulier des apprentissages expérientiels grâce aux sections sur la transformation des rapports professionnel-sujets et professionnels-réseaux. Les transformations ont été effectuées non seulement via les sujets informateurs et formateurs et les nombreux réseaux que les professionnels interrogés ont su développer, enrichir et maintenir, mais aussi dans un contexte pandémique inusité qui remettait en question les savoirs constitués et institutionnalisés.

Cette étude a contribué à la fois aux domaines de l'éducation, de la sexologie et de la médecine. Elle a également contribué à plusieurs professions de différentes façons. D'abord, cette étude a fait avancer l'état des connaissances en ce qui concerne l'impact que peut avoir la prise en charge des sujets de leurs traitements et de leurs soins sur le rapport professionnel-sujets. Puis, elle peut maintenant servir d'outil et de démonstration, dans n'importe quel domaine professionnel et plus particulièrement celui de la médecine, tant du potentiel et des conditions de l'apprentissage expérientiel des professionnels que des possibilités et des retombées d'une dynamique plus réciproque dans la production et le transfert du savoir scientifique, donc à un pouvoir moins hégémonique des liens traditionnels de production du savoir médical. Par professionnels, il est entendu qu'il s'agit, dans ce contexte, de professionnels de toutes les professions confondues. Cette étude permet maintenant aux professionnels de tous les domaines, et plus particulièrement de la médecine, de constater la valeur du patient devenu sujet informateur et formateur ainsi que des nombreux réseaux desquels les professionnels sont devenus solidaires. L'étude offre une vision plus dynamique des rapports entre les apprentissages expé-

rientiels et la production-diffusion des savoirs constitués et institutionnalisés. L'analyse des processus d'apprentissage expérientiel des professionnels a fourni des pistes intéressantes de réflexion en ce qui concerne la formation initiale et la formation ultérieure des professionnels de tous les domaines et plus particulièrement du domaine de la médecine.

De plus, cette même analyse a dressé les jalons nécessaires à la construction d'un processus intégré d'apprentissage expérientiel chez les professionnels. Pour y parvenir, cette étude a présenté un processus d'apprentissage expérientiel intégrant à la fois le modèle théorique de l'apprentissage expérientiel chez les adultes et le modèle tiré de la pratique des professionnels médecins. D'une part, pour les futurs professionnels de tous les domaines, ce processus pourra permettre à ceux-là de saisir l'intérêt et la complexité des apprentissages expérientiels dans la planification et la mise en œuvre de leur développement professionnel continu, mais aussi, ce processus leur permettra de comprendre les étapes consignées dans un tel processus. L'étape 0, ou préalable, fait valoir l'aspect démocratique du processus, c'est-à-dire, la décision qui incombe, à ces futurs professionnels de tous les domaines, d'apprendre ou de ne pas apprendre lorsqu'ils font face à des dilemmes. La première étape montre l'importance que les dilemmes encourus lors de la pratique ont sur eux et sur le déclenchement possible du processus d'apprentissage expérientiel. La deuxième étape indique l'importance de l'observation réfléchie, une observation qui fait appel à la fois à la rationalité et à l'émotivité de l'humain lorsqu'il fait face à des dilemmes désorientants. La troisième étape souligne la capacité de l'humain à produire une systématisation et une conceptualisation abstraite qui émergent de l'observation réfléchie des dilemmes désorientants auxquels ils sont confrontés.

Finalement, il fait valoir l'importance rattachée à l'expérimentation active, sans laquelle il n'y a pas d'apprentissage expérientiel. D'autre part, pour les profes-

sionnels, cette étude leur rappelle l'importance du nouveau modèle de Développement professionnel continu (DPC) et des apprentissages expérientiels qui en sont parties prenantes. Il importe de signaler à tous les professionnels l'importance, soulignée par le socioconstructivisme, des apprentissages expérientiels interactifs possibles grâce à l'*autre*, le client, le patient, le collègue et les membres des nombreux réseaux des professionnels et que, dans bien des cas, l'*autre* devient co-formateur.

Cette étude pourra également être d'un grand intérêt pour le domaine de la santé publique, pas seulement dans sa façon d'aborder les sujets, mais également dans sa façon de concevoir les campagnes de prévention contre les maladies infectieuses en tenant compte des informations judicieuses fournies par les professionnels interrogés sur les perceptions qu'ils ont de leurs sujets et de leurs comportements à risque. Cette étude intéressera tous les autres professionnels de la santé et les personnes impliquées de proche ou de loin à la question des apprentissages et des processus d'apprentissage expérientiel chez les adultes dans sa façon théorique et pratique d'aborder ces processus. Finalement, cette étude intéressera sans nul doute les sujets, patients et clients, ainsi que leurs proches et leur entourage, qui se demandent si la transformation du rapport professionnel-sujets, telle que présentée dans cette étude, aura un impact à plus long terme sur les rapports au savoir entre les professionnels et leurs sujets, patients et clients, surtout depuis que les traitements et les médicaments ont fait passer l'infection au VIH au stade de dite chronicité.

b) Nouvelles pistes de recherche suggérées

Maintenant que toutes les composantes de cette étude ont été analysées, présentées et débattues, de nouvelles pistes d'investigation peuvent être suggérées pour de futures études. D'abord, une future étude comportant un nombre plus imposant de cas permettrait certainement de relever un nombre plus considérable d'apprentissages et de transformations qui n'auraient pas été mentionnés lors de cette étude. Une future

étude pourrait s'intéresser à la distinction entre les différents apprentissages expé-
rientiels selon leur niveau d'intention, soit les apprentissages implicites, réactifs ou
délibérés. Une future étude pourrait certainement s'intéresser à catégoriser les
dilemmes désorientants (internes ou externes, spécifiques ou généraux) et à en étu-
dier les spécificités en vue de contribuer à la présentation d'un processus d'appren-
tissage expérientiel plus discriminant. Il serait certainement intéressant d'approfon-
dir le processus d'apprentissage expérientiel chez les professionnels proposé dans
cette étude et d'évaluer non seulement sa pertinence, son applicabilité et son impact
sur les théories constituées et institutionnalisées, mais aussi les politiques ou disposi-
tifs requis pour assurer ces autoformations qui ne pourront se poursuivre sans être
assistées (Carré, 1992). Dans le cadre des nombreux travaux sur la littérature en
matière de santé, une étude pourrait analyser et approfondir le concept d'autonomisa-
tion des patients-sujets. Une étude portant sur la co-construction des savoirs profes-
sionnel-sujets serait certainement d'un grand intérêt. Enfin, une future étude pourrait
s'intéresser à l'impact de la mutation du modèle traditionnel de développement des
médicaments et des traitements vers un modèle renouvelé où les professionnels
jouent des rôles clefs, tantôt praticiens, tantôt chercheurs et tantôt complètement inté-
grés au processus de planification, de développement, de mise en œuvre, d'évalua-
tion et de vulgarisation.

Suite à cette recherche, il serait intéressant de penser au moment opportun d'intro-
duire les données recueillies auprès des six sujets et de réaliser avec eux une co-ana-
lyse des données et leur interprétation afin d'explorer des pistes nouvelles de
recherche et de développement professionnel continu. Il est important ici de se rap-
peler que cette étude était exploratoire dans un domaine où, à la connaissance de
l'étudiant-chercheur, aucun écrit scientifique dans le domaine à l'étude n'avait
encore été proposé ou publié.

c) Prise en considération des limites de l'étude

Les limites mentionnées lors du chapitre III abordant la méthodologie ont été prises en considération par l'étudiant-chercheur et son comité de direction, tout au long de l'étude afin d'en limiter l'impact sur les résultats de la thèse. D'abord, l'étudiant-chercheur, aidé de son comité de direction, a réussi à trouver de « bons » professionnels et de « bons » sujets disponibles, qui reconnaissaient l'intérêt de l'étude et qui démontraient de la confiance dans les capacités de l'étudiant-chercheur à utiliser la méthodologie proposée afin de faire émerger des réponses aux trois questions de recherche. Les données produites suite à l'entretien effectué auprès de chaque professionnel ont été révisées et commentées par le comité de l'étudiant-chercheur. Ce dernier a interprété les résultats en utilisant deux méthodes éprouvées d'analyse des données. Les résultats des analyses préliminaire et finale ont fait l'objet d'une révision par les professionnels interrogés respectifs et le comité de l'étudiant-chercheur. Enfin, l'étudiant-chercheur a présenté les résultats de l'étude de façon succincte et systématique.

d) Points forts de la thèse

De nombreux points forts de la thèse sont à souligner. D'abord, la « quasi »-inexistence de travaux scientifiques ayant exploré l'expérience des professionnels dans le contexte d'une problématique aussi particulière, unique et sans précédent, que celle du VIH-sida, a su garder l'étudiant-chercheur fasciné par le potentiel de son apport scientifique aux domaines de l'éducation, de la sexologie et de la médecine, particulièrement sous l'angle des apprentissages transformatifs et expérientiels.

Puis, il a été fort intéressant et pertinent de dresser un premier éventail des nombreux apprentissages et transformations des schèmes de référence qui ont été effectués par les professionnels de l'étude traitant des sujets ayant contracté le VIH, tout au long

de la pandémie du VIH-sida. Lors de cet exercice, l'étudiant-chercheur a été impressionné par la diversité et la teneur des apprentissages et des transformations des schèmes de référence réalisés par ces mêmes professionnels, tout au long de trente années de pandémie.

Par la suite, l'étudiant-chercheur a été plongé dans une difficile reconstitution d'un processus que les professionnels, eux-mêmes, ont eu de la difficulté à expliciter. N'ayant pas eu l'occasion de filmer les professionnels de l'étude dans l'action, la présentation de leurs processus d'apprentissage demeure spéculative, mais riche en apports à la théorie constituée.

L'étudiant-chercheur a été pris par surprise lorsqu'il a constaté la profondeur de la cicatrice que les émotions avaient laissée sur les professionnels de l'étude et que cette cicatrice n'avait toujours pas complètement guérie. Il semble que, sans cette mobilisation subjective, l'éventail des apprentissages et des transformations des schèmes de référence, chez ces professionnels, aurait possiblement été très différent.

En somme, l'étudiant-chercheur s'est aperçu que le modèle de formation médicale continue des professionnels de l'étude était de nature organique, s'adaptant aux conditions et circonstances selon le contexte du moment dans lequel ces professionnels étaient appelés à pratiquer la médecine.

Mot de la fin

Grâce à cette étude, l'étudiant-chercheur lui-même a, à son tour, effectué de nombreux apprentissages formels, non formels et informels – expérientiels, ainsi que la transformation de certains de ses schèmes de référence. Cette étude lui a également permis de consolider certains des schèmes de référence qu'il possédait déjà. Il semble bien que ces apprentissages et ces transformations aient été effectués par le

biais des sujets, des professionnels, des collègues et du comité de direction. On parle certainement ici de la socioconstruction de savoirs.

APPENDICE A

TABLE DE SPÉCIFICATIONS DES ITEMS

Professionnels (médecins)	
1. Variables de présage	
Données sociodémographiques	
-	Âge du professionnel
Formation	
-	Expérience du professionnel
-	Caractéristiques de la formation initiale en relation avec le VIH
-	Caractéristiques de la formation continue en relation avec le VIH
-	Cheminement de carrière en relation avec le traitement du VIH
-	Caractéristiques de la formation via les conférences, séminaires et autres spécialisées dans le traitement du VIH
2. Variables de contexte	
Contexte de la clinique et de la communauté	
-	Indice du milieu socio-économique de la clinique
-	Climat pédagogique de la clinique
-	Dimension de la clinique
-	Degré de coopération entre les professionnels de la clinique
-	Degré de coopération avec les autres professionnels de la santé spécialisés dans le traitement du VIH de la même clinique
-	Degré de coopération avec les professionnels des autres cliniques spécialisées dans le traitement du VIH
-	Degré de coopération avec les autres professionnels de la santé spécialisés dans le traitement du VIH des autres cliniques spécialisées dans le traitement du VIH
-	Degré de coopération avec les mouvements gais contre le VIH
Contexte de la relation thérapeutique professionnel-sujets	
-	Particularités de la relation thérapeutique (partenariale, collaborative, associative, ou autres)
-	Nombres de sujets (patients gais ayant contracté le VIH traités)
3. Variables de programme	
Programme universitaire en médecine	
-	Énumération des cours de formation initiale concernant le traitement du VIH
-	Énumération des cours de formation continue concernant le traitement du VIH
4. Variables de processus	
Composantes de la compétence	
-	Interroger
-	Analyser
-	Planifier
-	Traiter
-	S'engager
-	Établir le bilan

Savoirs essentiels concernant le VIH	
-	La pratique régulière de relations sexuelles
-	La pratique sécuritaire de relations sexuelles
-	La pratique non sécuritaire de relations sexuelles
-	La condition physique du sujet
-	L'hygiène corporelle associée à la pratique de relations sexuelles
-	La relaxation
-	La gestion du stress
-	Les effets de la sédentarité
-	La structure et le fonctionnement du corps
-	Les médicaments
-	Les effets primaires et secondaires des médicaments
-	L'homosexualité
-	Le VIH
-	Le sida
-	Les infections opportunistes causées par le VIH
-	Les méthodes holistiques dans le traitement du VIH
-	La séropositivité
-	La séronégativité
-	Le niveau de CD-4
-	Le taux d'infection
-	Autres
Dimensions d'apprentissage	
-	Cognitive
-	Affective
-	Psychomotrice
-	Sociale
Compétences d'enseignement reliées	
-	Domaines généraux de formation
-	Compétences disciplinaires
Caractère de l'apprentissage	
-	Reproduction
-	Production (ou création)
Rôle du professionnel	
-	Un professionnel qui pilote
-	Un professionnel qui guide
-	Un professionnel qui accompagne
La nature des échanges lors de l'entretien semi-dirigé	
-	Orientés sur le contenu d'apprentissage
-	Orientés sur le processus d'apprentissage
Matériel utilisé	
-	La grille d'entretien avec les professionnels
-	La grille d'entretien avec les sujets

Temps d'apprentissage	
-	Nombre de minutes que dure en moyenne chaque relation thérapeutique afin de traiter le VIH
-	Nombre d'heures de formation continue par année consacrée au traitement du VIH
-	Nombre d'heures de formation autre par semaine consacrée au traitement du VIH (discussions, lectures et Internet)
Instrument de collecte des données	
-	Entretiens semi-dirigés avec les professionnels
-	Entretiens semi-dirigés avec les sujets

APPENDICE B

OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

Liste des outils¹²

Outil 1 : Formulaire de consentement – Sujet et professionnel

Outil 2 : Fiche signalétique – Sujet

Outil 3 : Grille d’entretien semi-dirigé – Sujet (pré évaluation)

Outil 4 : Fiche signalétique – Professionnel

Outil 5 : Grille d’entretien semi-dirigé – Professionnel (pré évaluation)

Outil 6 : Grille d’entretien semi-dirigé – Sujet (première vague)

Outil 7 : Grille d’entretien semi-dirigé – Professionnel (première vague)

Outil 8 : Préambule à l’entretien – Professionnel (deuxième vague)

Outil 9 : Grille d’entretien semi-dirigé – Professionnel (deuxième vague)

Outil 10 : Grille d’entretien semi-dirigé – Professionnel (dernière vague)

Outil 11 : Lettre d’invitation à l’entretien semi-dirigé

Outil 12 : Feuillelet d’information

¹² Les outils de collecte de données sont présentés dans l’ordre de leur utilisation lors de la collecte des données. Chaque outil est paginé en continuité avec la thèse (au coin supérieur droit).

OUTIL 1

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Université du Québec à Montréal

Formulaire de consentement de participation à l'étude multicas

A) Renseignement aux professionnels et aux sujets

Titre du projet

Recours à l'apprentissage expérientiel dans la transformation de la pratique médicale de six professionnels dans le contexte de la pandémie du VIH-sida

Superviseurs de l'évaluation

Joanne Otis
Professeure
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
Casier postal 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3P8
Téléphone : 514-987-3000, poste 7874
Otis.joanne@uqam.ca

Paul Bélanger
Professeur
Département des Sciences de l'éducation
Université du Québec à Montréal
Casier postal 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3P8
Téléphone : 514-987-3000, poste 6691
Bélanger.paul@uqam.ca

Responsable de l'évaluation

Carl Jacob
Étudiant
Département des Sciences de l'éducation
Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3P8
Téléphone : 613-237-7908 (maison)
Téléphone : 613-946-4241 (travail)
Jacob.carl@tbs-sct.gc.ca

But et objectifs de l'étude multicas

La participation à cette recherche sera d'une durée de six mois.

Le but général de la recherche est de déterminer et analyser les apprentissages informels et expérientiels et les processus d'apprentissage expérientiel de trois professionnels - des médecins canadiens généralistes gais, utilisé dans le cadre de leurs relations thérapeutiques avec des sujets qui sont des patients gais vivant avec le VIH, dans le contexte de transformation du rapport au savoir.

Modalités de participation à l'étude multicas

Dans le cadre de l'étude multicas, la collecte de données sera réalisée grâce à un entretien semi-dirigé avec trois (3) professionnels possédant chacun trois (3) sujets désireux de participer à l'étude multicas. Les professionnels doivent être gais. De plus, un premier professionnel doit avoir plus de dix (10) ans d'expérience dans le traitement des sujets gais vivant avec le VIH, un second professionnel doit avoir entre un (1) et dix (10) ans d'expérience dans le traitement des sujets gais vivant avec le VIH et un dernier doit débiter dans le traitement des sujets gais vivant avec le VIH.

Dans le cadre de l'étude multicas, la collecte de données sera également réalisée grâce à un entretien semi-dirigé avec trois (3) sujets qui ont les caractéristiques suivantes : un premier sujet devra être infecté depuis plus de dix (10) ans, un second sujet devra être infecté entre un (1) et dix (10) ans et un dernier devra être nouvellement infecté. Un des sujets devra avoir un lien quelconque avec un mouvement social, tels les PWA ou PLWA ou autres. De plus, les sujets ne doivent pas souffrir de maladies mentales.

Les premiers entretiens d'environ une heure et demie avec chaque sujet et chaque professionnel auront lieu vers la fin du mois d'octobre 2007.

Avantages

La participation à l'étude multicas apportera un certain recul sur la pratique des professionnels face à leurs sujets vivant avec le VIH.

L'étude multicas permettra d'identifier les apprentissages informels et expérientiels réalisés et les processus d'apprentissage expérientiel utilisés ainsi que les raisons qui ont amenées les professionnels à utiliser de tels processus dans le contexte de la transformation du rapport au savoir.

Risques et inconvénients

Autant que nous sachions, votre participation à l'étude multicas ne vous causera aucun préjudice.

Participation volontaire et retrait ou exclusion

Votre participation est entièrement volontaire.

Vous êtes libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude multicas, vous devez aviser verbalement Carl Jacob, Joanne Otis ou Paul Bélanger.

Vous serez avisé, tout au long de l'étude multicas, de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre décision de participer à l'étude multicas.

Caractère confidentiel des informations

La confidentialité sera respectée de la façon suivante :

- Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée à moins que vous y ayez expressément consenti;
- Aucune information permettant d'identifier l'identité des personnes ou des lieux que vous nous avez mentionnés ne sera révélée;
- À tous les entretiens, vos propos seront enregistrés avec un magnétophone. Aussitôt la rencontre terminée, les données enregistrées seront téléchargées dans l'ordinateur et seront accessibles avec un mot de passe;
- Tous les documents informatisés seront protégés par un mot de passe pour avoir accès à l'ordinateur. Carl Jacob, Joanne Otis et Paul Bélanger seront les trois (3) seules personnes à connaître ce mot de passe;
- Tous les documents papier seront dans un classeur fermé à clé. Carl Jacob, Joanne Otis et Paul Bélanger seront les trois (3) seules personnes à avoir accès à ce classeur;
- Tous les documents sur support papier seront détruits avec un déchiqueteur à la fin du projet; et
- Tous les documents informatiques et les enregistrements seront supprimés de l'ordinateur à la fin de l'étude multicas.

Questions sur la démarche de l'étude multicas

Si vous avez des questions au sujet de la démarche de cette étude multicas, vous pouvez communiquer (avant, pendant ou après l'étude multicas) avec :

Joanne Otis
Professeure
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3P8
Téléphone : 514-987-3000, poste 7874
Otis.joanne@uqam.ca

Paul Bélanger
Professeur
Département des Sciences de l'éducation
Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3P8
Téléphone : 514-987-3000, poste 6691
Bélanger.paul@uqam.ca

Carl Jacob
Étudiant
Département des Sciences de l'éducation
Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3P8
Téléphone : 613-237-7908 (maison)
Téléphone : 613-946-4241 (travail)
Jacob.carl@tbs-sct.gc.ca

B) FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**Titre du projet**

Apprentissages informels et expérientiels et processus d'apprentissage expérientiel de professionnels grâce à leurs sujets vivant avec le VIH dans un contexte de transformation du rapport au savoir - Étude multicas

Superviseur de l'évaluation

Joanne Otis et Paul Bélanger

Responsable de l'évaluation

Carl Jacob

Je (nom en lettres moulées du professionnel ou du sujet) _____ déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec Carl Jacob et comprendre le but, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude multicas en question. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude multicas. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du professionnel ou du sujet : _____

Date : _____

Lieu : _____

Nom du témoin : _____

Signature du témoin : _____

Date : _____

Lieu : _____

OUTIL 2

FICHE SIGNALÉTIQUE – SUJET

Entretien no :	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Enregistrement sonore:	<input type="text" value="Oui"/>	<input type="text" value="Non"/>
Date :	____/____/____		Heure :	____ h ____	
Durée de l'entretien :	____ h ____				
Lieu :	_____				

Nom du professionnel qui a fait la référence : _____

Nom du sujet : _____

Prénom du sujet : _____

Âge du sujet :

16 à 25

26 à 35

36 à 45

46 à 55

56 à 65

66 et plus

Nombre d'années vivant avec le VIH :

0 à 1

1 à 10

10 et plus

Diplômes obtenus :

Diplôme d'études secondaires

Diplôme d'études collégiales

Baccalauréat

Maîtrise

Doctora

Autres

Statut d'emploi :

Temps plein

Temps partiel

Contractuel

Sur appel

Sans emploi

Clinique :

L'Actuel

Mont-Carmel

Quartier Latin

Adresse civique de la clinique : _____

C.P. : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____/_____/_____

Courriel : _____

Contexte/commentaires :

OUTIL 3

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ – SUJET

(pré évaluation) vague 1

Identification			Date de l'entretien		
Sujet # 1	Sujet # 2	Sujet # 3 (impliqué)	jj	Mm	aaaa

Durée de l'entretien			Consignes	
	hrs	min		Oui
Début de l'entretien			Remplir la fiche signalétique	
Fin de l'entretien			Obtenir l'autorisation d'enregistrer l'entretien	
Durée de l'entretien			er l'objectif poursuivi par l'entretien	
			Souligner son appréciation pour les informations fournies	
			Expliquer la façon dont la confidentialité sera assurée	
			Indiquer qui aura accès à l'information et aux enregistrements	

A. Questions de départ, de réchauffement		Commentaires
1. Pour débiter, je vais te poser une question assez large.		
Au cours de la période pendant laquelle tu as été soigné, plusieurs connaissances, pratiques ou savoirs sont devenus désuets, contradictoires ou ambigus à cause du VIH.		
1.1	Raconte-moi des circonstances où tu as amené à l'attention de ton médecin des connaissances, pratiques ou savoirs qui sont devenus désuets, contradictoires ou ambigus!	
B. Guide thématique et relances possibles		
1. Le domaine du quoi		
1.1	Raconte-moi des circonstances où ton médecin a été amené, grâce à toi, à apprendre, développer, acquérir ou comprendre des connaissances, pratiques ou savoirs sur lesquels il se basait pour te soigner lorsqu'elles sont devenues désuets, contradictoires ou ambigus!	
C. Le domaine du comment		
1.1	Raconte-moi comment a réagi ton médecin et ce qu'il a fait par la suite !	
D. Appartenance du patient gai vivant avec le VIH à un mouvement social contre le VIH		
1.1	Raconte-moi de ton médecin et de l'impact que ton appartenance à un mouvement contre le VIH a eu sur la relation entre toi et ton médecin !	
E. Fin de l'entretien semi-dirigé		
Je tiens à te remercier pour ton temps, ton support et toutes les informations que tu as si volontiers fournies.		
1.1	Est-ce qu'il y a quelque chose que tu aimerais ajouter ?	
F. Suite à l'entretien semi-dirigé		
Suite à cet entretien, nous procéderons à l'analyse des données et à la préparation d'un rapport préliminaire qui vous sera présenté afin d'obtenir vos commentaires et suggestions. Vous pouvez me contacter si vous avez des informations supplémentaires à me fournir suite à notre entretien d'aujourd'hui ?		
MERCI! AU PLAISIR!		

OUTIL 4

FICHE SIGNALÉTIQUE – PROFESSIONNEL

Entretien no : 1 2 Enregistrement sonore : Oui Non

Date : ____/____/____ Heure : ____ h ____ Durée de l'entretien : ____ h ____

Lieu : _____

Nom du professionnel : _____

Prénom du professionnel : _____

Âge du professionnel : 26 à 35 36 à 45 46 à 55 56 à 65 66 et plus

Spécialités : _____

Nombre d'années d'expérience auprès des sujets vivant avec le VIH : 0 à 1 11 à 20 21 et plus

Diplômes obtenus : Baccalauréat Maîtrise Doctorat Autre : _____

Cheminement de carrière :

S.V.P. faites état des principales étapes qui sont caractéristiques de votre cheminement professionnel (expériences de travail antérieures et formations supplémentaires).

Clinique : L'Actuel Mont-Carmel Quartier Latin _____

Adresse civique de la clinique : _____

C.P. : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : ____/____/____

Courriel : _____

Contexte/commentaires :

OUTIL 5 **GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ – PROFESSIONNEL**

(pré évaluation) vague 1				
Identification		Date de l'entretien		
Prénom	Nom de famille	Jj	Mm	aaaa
Durée de l'entretien			Consignes de départ	
	hrs	Min		Oui
Début de l'entretien			Remplir la fiche signalétique	
Fin de l'entretien			Obtenir l'autorisation d'enregistrer l'entretien	
Durée de l'entretien			Présenter l'objectif poursuivi par l'entretien	
			Souligner son appréciation pour les informations fournies	
			Expliquer la façon dont la confidentialité sera assurée	
			Indiquer qui aura accès à l'information et aux enregistrements	

A. Questions de départ, de réchauffement	Commentaires
1. Pour débiter, je vais vous poser une question assez large. Au cours des nombreuses années pendant lesquelles vous avez exercé votre profession, qu'est-ce que vos patients gais ayant contracté le VIH vous ont apporté au niveau professionnel et personnel ?	
B. Guide thématique et relances possibles	
1. Le domaine du quoi	
1.1 Quel impact pensez-vous avoir sur vos patients gais ayant contracté le VIH et eux sur vous ?	
2. Le domaine du comment	
2.1 Comment faites-vous pour vous maintenir à jour ?	
2.2 Quel rôle joue vos patients gais ayant contracté le VIH dans cette mise à jour ?	
2.3 Que faites-vous lorsque vous recevez de nouvelles informations de vos patients gais ayant contracté le VIH ?	
2.4 Que faites-vous lorsque vos patients gais ayant contracté le VIH remettent en questions certaines de vos connaissances et pratiques et mêmes certains de vos savoirs ?	
3. Le domaine du pourquoi	
3.1 Parlez-moi de ce qui vous force quelquefois à questionner ou reconsidérer vos connaissances, vos pratiques ou vos savoirs dans le traitement de vos patients gais ayant contracté le VIH !	
C. Appartenance d'un des patients gais à un mouvement social, tels les PWA ou PLWA ou autres	
1.1 Parlez-moi de votre patient gai ayant contracté le VIH qui appartient à un mouvement social contre le VIH et de l'impact qu'il a sur la relation médecin-patient !	
D. Fin de l'entretien semi-dirigé	
Je tiens à vous remercier pour votre temps, votre support et pour toutes les informations que vous avez fournies.	
1.2 Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?	
E. Suite à l'entretien semi-dirigé	
Suite à cet entretien, nous procéderons à l'analyse des données et à la préparation d'un rapport préliminaire qui te sera présenté afin d'obtenir tes commentaires et suggestions. Vous pouvez me contacter si vous avez des informations supplémentaires à me fournir suite à notre entretien d'aujourd'hui.	
MERCI! AU PLAISIR!	

OUTIL 6

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ – SUJET

(deuxième vague)

Identification			Date de l'entretien		
Sujet # 1	Sujet # 2	Sujet # 3 (impliqué)	jj	mm	aaaa

Durée de l'entretien			Consignes	
	hrs	min		Oui
Début de l'entretien			Remplir la fiche signalétique	
Fin de l'entretien			Obtenir l'autorisation d'enregistrer l'entretien	
Durée de l'entretien			Présenter l'objectif poursuivi par l'entretien	
			Souligner son appréciation pour les informations fournies	
			Expliquer la façon dont la confidentialité sera assurée	
			Indiquer qui aura accès à l'information et aux enregistrements	

A. Questions de départ, de réchauffement	Commentaires
1. Pour débiter, je vais te poser une question assez large.	
1.1 Raconte-moi ce que tu penses que tu as apporté à ton médecin au niveau personnel et professionnel en lien avec le VIH !	
B. Guide thématique et relances possibles	
1. Le domaine du quoi	
1.1 Raconte-moi l'impact que tu penses avoir sur ton médecin !	
C. Le domaine du comment	
1.1 Raconte-moi le rôle que tu penses jouer dans la mise à jour des connaissances sur le VIH de ton médecin !	
1.2 Raconte-moi ce que tu fais lorsque tu as de nouvelles informations au niveau du VIH !	
1.3 Raconte-moi ce que tu penses que ton médecin fait avec ces nouvelles informations !	
D. Appartenance du patient gai vivant avec le VIH à un mouvement social contre le VIH	
1.1 Raconte-moi l'impact que ton appartenance à un mouvement contre le VIH a sur la relation entre toi et ton médecin ?	
E. Fin de l'entretien semi-dirigé	
Je tiens à te remercier pour ton temps, ton support et toutes les informations que tu as si volontiers fournies.	
Est-ce qu'il y a quelque chose que tu aimerais ajouter ?	
F. Suite à l'entretien semi-dirigé	
Nous procéderons à l'analyse des données et à la préparation d'un rapport préliminaire qui te sera é pour tes commentaires. Tu peux me contacter si tu as des informations supplémentaires à me fournir suite à notre entretien d'aujourd'hui.	
MERCI! AU PLAISIR !	

OUTIL 7 **GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ – PROFESSIONNEL**

(deuxième vague)				
Identification			Date de l'entretien	
Prénom	Nom de famille	jj	mm	aaaa
Durée de l'entretien			Consignes de départ	
	hrs	min		Oui
Début de l'entretien			Remplir la fiche signalétique	
Fin de l'entretien			Obtenir l'autorisation d'enregistrer l'entretien	
Durée de l'entretien			Présenter l'objectif poursuivi par l'entretien	
			Souligner son appréciation pour les informations fournies	
			Expliquer la façon dont la confidentialité sera assurée	
			Indiquer qui aura accès à l'information et aux enregistrements	

A. Questions de départ, de réchauffement	Commentaires
1. Pour débiter, je vais te poser une question assez large.	
Au cours des nombreuses années pendant lesquelles tu as exercé ta profession, qu'est-ce que tes patients gais vivant avec le VIH t'ont apportés au niveau professionnel et personnel ?	
B. Guide thématique et relances possibles	
1. Le domaine du quoi	
1.1 Quel impact penses-tu avoir sur tes patients gais vivant avec le VIH et eux sur toi ?	
2. Le domaine du comment	
2.1 Comment fais-tu pour te maintenir à jour ?	
2.2 Quel rôle joue tes patients gais vivant avec le VIH dans cette mise à jour ?	
2.3 Que fais-tu lorsque tu reçois de nouvelles informations de tes patients gais vivant avec le VIH ?	
2.4 Que fais-tu lorsque tes patients gais vivant avec le VIH remettent en questions certaines de tes connaissances et pratiques et mêmes certains de tes savoirs ?	
3. Le domaine du pourquoi	
3.1 Parle-moi de ce qui te force quelquefois à questionner ou reconsidérer tes connaissances, tes pratiques ou tes savoirs dans le traitement de tes patients gais vivant avec le VIH !	
C. Appartenance d'un des patients gais à un mouvement social, tels les PWA ou PLWA ou autres	
1.1 Parle-moi de ton patient gai vivant avec le VIH qui appartient à un mouvement social contre le VIH et de l'impact qu'il a sur la relation médecin-patient !	
D. Fin de l'entretien semi-dirigé	
Je tiens à te remercier pour ton temps, ton support et pour toutes les informations que tu as fournies.	
1.1 Est-ce qu'il y a quelque chose que tu aimerais ajouter ?	
E. Suite à l'entretien semi-dirigé	
Suite à cet entretien, nous procéderons à l'analyse des données et à la préparation d'un rapport préliminaire qui te sera é afin d'obtenir tes commentaires et suggestions. Tu peux me contacter si tu as des informations supplémentaires à me fournir suite à notre entretien d'aujourd'hui.	
MERCI! AU PLAISIR!	

OUTIL 8

PRÉAMBULE À L'ENTRETIEN – PROFESSIONNEL

(troisième vague)

A- LE QUOI

Dans son livre intitulé « Death of the Good Doctor: Lessons from the Hearth of the AIDS Epidemic », Scannell (1999) mentionne que :

« c'est incroyable comment, dans une fraction de seconde, de nombreuses choses que le médecin pensait savoir et auxquelles il pensait croire peuvent si brusquement basculer, sans présenter de démarcation, sans même lui laisser le temps de se sentir étourdi ou même d'expérimenter le passage d'un extrême à un autre, d'un pôle à un autre » (traduction libre) (p. 12).

Dans son article intitulé « Patients You Learn From - and Never Forget », Finger (1999) a interviewé plusieurs médecins qui ont mentionné

« porter une attention spéciale à leurs patients parce qu'ils peuvent leur apprendre quelque chose qui aura eu un effet permanent sur leur pratique » (traduction libre) (p. 124-129).

La présente recherche tente d'identifier certaines choses, aux niveaux personnel et professionnel, dans le contexte du VIH, que le médecin pensait savoir et auxquelles il pensait croire qui ont basculées à cause de ce que ses patients vivant avec le VIH lui ont apportées. Ces choses ont eu un effet permanent sur sa pratique.

Exemples

Daniel Baxter, M.D., a mentionné avoir appris à ne pas réagir avec colère et à respecter les dernières volontés de ses patients, même si elles semblent irrationnelles ou destructrices. Il a mentionné avoir appris comment toucher son patient quand seul les mots ne suffisaient pas. Il a également mentionné avoir appris à apprivoiser la mort (traduction libre) (1997).

Anne L. Finger a écrit que certains médecins ont mentionné avoir appris, grâce à des rencontres avec certains patients, qu'il était raisonnable d'admettre à un patient qu'ils venaient de commencer à pratiquer; qu'ils ne savaient pas ce qui se passait quand ils ne le savaient vraiment pas; et qu'ils étaient humains et faillibles. De plus, elle a écrit qu'ils ont mentionné avoir appris comment il est important d'écouter leurs patients lorsqu'ils leur disent ce qu'ils peuvent supporter et le meilleur endroit pour leur traitement (traduction libre) (1999).

Clément Olivier, M.D., a mentionné avoir appris à être comédien, à masquer ses sentiments, à en fabriquer d'autres, à se faire caméléon à la morale accordéon pour recevoir, entendre et accorder son aide sans discrimination à tous ces êtres plus désespérés les uns que les autres. Il a également mentionné avoir appris, avec tous ces êtres différents, à décoder les mêmes messages exprimées par tant de voies parallèles, la détresse (traduction libre) (1994).

Kate Scannell, M.D., a mentionné avoir appris à reconnaître le son de sa voix et à valider les sensibilités et compassions insistantes qui se brassent dans sa tête. Elle a également mentionné avoir appris à écouter ses patients (traduction libre) (1999).

Peter Selwyn, M.D., a mentionné avoir appris qu'il n'y a pas vraiment de hiérarchie de souffrance, que la souffrance de chacun est ce qu'elle est et que la souffrance de chacun est légitime. Il a également mentionné avoir appris l'importance d'être simplement là pour un patient, comme un compagnon sympathique, pas un juge, un commentateur ou un sauveteur (traduction libre) (1998).

Abraham Verghese, M.D., a mentionné avoir appris à vivre un jour à la fois et à se connaître. Il a également mentionné avoir appris à parler de la mort à son patient au moment opportun (traduction libre) (1985).

B- LE COMMENT

Suite à l'identification par le médecin de certaines choses qui ont basculées, la présente recherche tente d'identifier le processus qui s'est enclenché du moment où le médecin a pris conscience que quelque chose avaient basculé jusqu'au moment où cette chose a eu un effet permanent sur sa pratique.

C- LE POURQUOI

La présente recherche tente également d'identifier pourquoi le médecin a été forcé de questionner ou reconsidérer certaines choses, aux niveaux personnel et professionnel, qu'il pensait savoir ou auxquelles il pensait croire dans le traitement de ses patients gais vivant avec le VIH.

Bibliographie

- Baxter, D.J. 1997. *The least of these my brethren: A doctor's story of hope and miracles on an inner-city AIDS ward*. New York (NY): Harmony Books, 255 p.
- Finger, A.L. 1999. Patients you learn from - and never forget. *Medical Economics: The leader in healthcare information products and services*, 2/22/99, p. 123-134.
- Olivier, C. 1994. *L'amour assassin*. Montréal : Les éditions internationales Alain Stanké, 171 p.
- Scannell, K. 1999. *Death of the good doctor: Lessons from the hearth of the AIDS epidemic*. San Francisco (CA): Cleis Press Inc. 194 p.
- Selwyn, P. A. 1998. *Surviving the fall: The personal journey of an AIDS doctor*. New Haven: Yale University Press, 145 p.
- Verghese, A. 1985. *My own country: A doctor's story of a town and its people in the age of AIDS*. New York: Simon and Schuster, p. 149, 226 et 271.

Questions de l'entretien

Dans le contexte du VIH et de tes patients gais vivant avec le VIH :

- 1- Parle-moi de tes patients !
- 2- Parle-moi de choses qu'ils t'ont apportées aux niveaux personnel et professionnel !
- 3- Parle-moi de comment ils te les ont apportées !
- 4- Parmi ces choses, parle-moi de celles qui ont eu un effet spécial sur toi et qui ont fait basculer ce que tu pensais savoir et auxquelles tu pensais croire !
- 5- Parmi elles, lesquelles ont eu un effet permanent sur ta pratique !
- 6- Parle-moi de ce que tu as fait avec ces choses !
- 7- Parle-moi de ce qui s'est enclenché dans ta tête lorsque tu les as reçues !
- 8- Parle-moi des raisons pour lesquelles ces choses ont eu un effet spécial sur toi et ont fait basculer ce que tu pensais savoir et auxquelles tu pensais croire !
- 9- Parle-moi de l'impact de tes patients sur ta décision de questionner et de considérer ces choses !
- 10- Parle-moi de ton patient qui appartient à un mouvement social contre le VIH !
- 11- Parle-moi de l'impact de son implication à un tel mouvement sur la relation médecin-patient !

OUTIL 9

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ – PROFESSIONNEL

(troisième vague)

Identification du médecin :

Date :

1. INTRODUCTION

Cette étude porte sur les apprentissages informels et expérientiels réalisés et les processus d'apprentissage expérientiel par lesquels les médecins ont été amenés à réaliser de tels apprentissages dans le contexte de la pandémie et de la transformation du rapport au savoir.

Que sont les apprentissages informels et expérientiels ?

Les apprentissages informels et expérientiels, aussi appelés « apprentissages par l'expérience » sont les apprentissages que fait une personne par elle-même et par la pratique. Ces apprentissages se produisent en dehors des bancs d'école, dans la vie de tous les jours ou dans le milieu du travail. Souvent ces apprentissages ne sont pas conscients, mais peuvent le devenir lorsque la personne a l'occasion d'y réfléchir, d'en parler, et ainsi de « l'explicitier » (définition basée sur Barrette, 2008, p. 570).

Les entretiens visent trois objectifs.

Dans le contexte du traitement de patients gais vivant avec le VIH, la présente recherche tente :

- a) d'identifier certaines choses, au niveau personnel ou professionnel, que le médecin pensait savoir et auxquelles il pensait croire, qui ont basculés à cause de ce que ses patients vivant avec le VIH lui ont apportées;

- b) d'identifier le processus qui s'est enclenché du moment où le médecin a pris conscience que quelque chose, au niveau personnel ou professionnel, qu'il pensait savoir et auxquelles il pensait croire avait basculé à cause de ce que ses patients vivant avec le VIH lui ont apportées jusqu'au moment où cette chose a eu un effet sur sa pratique; et
- c) d'identifier pourquoi le médecin a été amené, voire forcé, à questionner ou reconsidérer certaines choses, au niveau personnel ou professionnel, qu'il pensait savoir ou auxquelles il pensait croire qui ont basculés à cause de ce que ses patients vivant avec le VIH lui ont apportées.

Lors de l'entretien, vous aurez l'occasion de nous aider à rencontrer ces trois objectifs en nous racontant votre histoire ou votre trajectoire dans le traitement de patients gais vivant avec le VIH, en nous disant comment vous avez vécu certains moments forts, et en nous indiquant pourquoi vous avez été amené, voire forcé, à vous questionner ou à reconsidérer certaines choses dans votre pratique.

2. POINTS DE REPÈRE POUR LE CHOIX DES SITUATIONS

Réfléchissez à votre carrière auprès de patients gais vivant avec le VIH !

Réfléchissez à des moments forts vécus tout au long de votre carrière auprès de patients gais vivant avec le VIH et dont vous avez le goût de parler !

- a) Parce que de votre point de vue, chacun de ces moments a été important.
- b) Pour toutes sortes de raisons, ces moments ont été un défi pour vous, ou vous ont questionné, ou vous ont causé un problème.
- c) Parfois, ces moments vous ont demandé de prendre une décision, ou encore ont amené un changement.
- d) Pas nécessairement mais quelquefois, vous avez peut-être eu le sentiment que ces moments vous ont fait progresser ou apprendre quelque chose qui vous apparaissait important.

3. QUESTIONS-GUIDE

Dans le contexte de votre carrière auprès de patients gais vivant avec le VIH, parlez-moi de certains moments forts vécus tout au long de votre carrière !

Lors de la mention d'un moment fort :

1. Décrivez-moi ce moment en commençant par le début, et en vous replaçant le plus possible dans le contexte où il s'est déroulé !
2. Essayez de vous imaginer dans le moment fort, tel que vous l'as vécu !
3. Essayez de penser à haute voix, d'exprimer ce que vous avez pensé, les questions qui vous sont venues à la tête et les émotions que vous avez ressenties !

LES MOUVEMENTS GAIS CONTRE LE VIH

1. Dans vos interactions, dans le suivi, y a-t-il des différences entre un patient gai vivant avec le VIH qui appartient à un mouvement social (gai ou contre le VIH) et celui qui n'appartient pas à un tel mouvement ? Lesquelles ? Expliquez ? Le fait qu'un patient gai appartienne à un mouvement social (gai ou contre le VIH) a-t-il un impact sur votre relation avec lui ? Expliquez ?

LE COMMENT

1. Comment avez-vous abordé le moment fort ?
2. Quelles étaient les contraintes, les enjeux, les difficultés du moment fort ?
3. Quel était votre rôle par rapport à ce moment fort ?
4. Qu'est-ce qui est important pour vous dans ce moment fort ?
5. Quelles actions avez-vous entreprises, durant le temps qu'a duré le moment fort ?
6. Quelles réflexions avez-vous faites ?
7. Qu'avez-vous fait ?
8. Quelles décisions avez-vous prises ?
9. Avez-vous été par la suite confronté à des moments forts semblables dans votre pratique ? Expliquez ?
10. Ces moments forts étaient-ils complètement semblables, ou y avait-il des éléments nouveaux ? Expliquez ?
11. Le moment fort précédent a-t-il aidé à aborder le nouveau moment fort ? Comment ?
12. Si un moment fort semblable se présentait à nouveau, comment réagiriez-vous ? De la même façon ou différemment ? Pourquoi ?
13. Avez-vous appris quelque chose de nouveau pendant ce moment fort ? Quoi ?

LE POURQUOI

1. Pourquoi considérez-vous ce moment comme étant un moment fort ? Expliquez ?
2. Vos façons de faire sont-elles différentes depuis ce moment fort ? De quelle façon ? Pourquoi ?
3. Pourquoi avez-vous pris ces décisions et effectué ces actions ?
4. Pourquoi avez-vous été amené à vous questionner ou à reconsidérer certaines choses ?
5. Le fait qu'un patient gai appartienne à un mouvement social (gai ou contre le VIH) a-t-il un impact sur votre relation avec lui ? Expliquez ?

LES MOUVEMENTS GAIS CONTRE LE VIH

1. Dans vos interactions, dans le suivi, y a-t-il des différences entre un patient gai vivant avec le VIH qui appartient à un mouvement social (gai ou contre le VIH) et celui qui n'appartient pas à un tel mouvement ? Lesquelles ? Expliquez ?

LES MÉDECINS GAIS VERSUS DES PATIENTS GAIS

1. Y a-t-il des différences entre un médecin gai traitant un patient gai vivant avec le VIH et un médecin qui n'est pas gai traitant le même patient ? Lesquelles ? Expliquez ?
2. Quel est l'impact sur votre relation avec votre patient gai vivant avec le VIH du fait que vous soyez gai ? Expliquez ?

OUTIL 10

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ – PROFESSIONNEL

(quatrième vague)

Identification du médecin :

Date :

1. INTRODUCTION

Cette étude porte sur les apprentissages informels et expérientiels réalisés et les processus d'apprentissage expérientiel par lesquels les docteurs ont été amenés à réaliser de tels apprentissages dans le contexte de la pandémie et de la transformation du rapport au savoir.

Les apprentissages informels et expérientiels

Les apprentissages informels et expérientiels, aussi appelés « apprentissages par l'expérience », sont les apprentissages que fait une personne par elle-même et par la pratique. Ces apprentissages se produisent en dehors des bancs d'école, dans la vie de tous les jours ou dans le milieu du travail. Souvent ces apprentissages ne sont pas conscients, mais peuvent le devenir lorsque la personne a l'occasion d'y réfléchir, d'en parler, et ainsi de « l'explicitier » (définition basée sur Barrette, 2008, p. 570).

Objectifs visés par les entretiens

Dans le contexte du traitement de patients gais vivant avec le VIH, la présente recherche tente :

- a) d'identifier certaines choses, aux niveaux personnel ou professionnel, que le médecin pensait savoir et auxquelles il pensait croire qui ont basculés à cause de ce que ses patients vivant avec le VIH lui ont apportées (le quoi);
- b) d'identifier le processus qui s'est enclenché du moment où le médecin a pris conscience que quelque chose, aux niveaux personnel ou professionnel, qu'il pensait savoir et auxquelles il pensait croire avait basculé à cause de ce que ses patients vivant avec le VIH lui ont apportées jusqu'au moment où cette chose a eu un effet sur sa pratique (le comment); et
- c) d'identifier pourquoi le médecin a été forcé à questionner ou reconsidérer certaines choses, aux niveaux personnel ou professionnel, qu'il pensait savoir ou auxquelles il pensait croire qui ont basculées à cause de ce que ses patients vivant avec le VIH lui ont apporté (le pourquoi).

Lors de l'entretien, vous aurez l'occasion de nous aider à rencontrer ces trois objectifs en nous racontant votre trajectoire dans le traitement de patients gais vivant avec le VIH, en nous disant comment vous avez vécu certains moments forts, et en nous indiquant pourquoi vous avez été forcé à vous questionner ou à reconsidérer certaines choses.

2. POUR VOUS METTRE DANS LE CONTEXTE

Dans son livre intitulé « Death of the Good Doctor: Lessons for the Hearth of the AIDS Epidemic », Scannell (1999) mentionne que

« c'est incroyable comment, dans une fraction de seconde, de nombreuses choses que le médecin pensait savoir et auxquelles il pensait croire peuvent brusquement basculer, sans er de démarcation, sans même lui laisser le temps de se sentir étourdi ou même d'expérimenter le passage d'un extrême à un autre, d'un pôle à un autre » (traduction libre) (p. 12).

Dans son article intitulé « Patients You Learn From - and Never Forget », Finger (1999) a interviewé plusieurs médecins qui ont mentionné

« porter une attention spéciale à leurs patients parce qu'ils peuvent leur apprendre quelque chose qui aura un effet permanent sur leur pratique » (traduction libre) (p. 124-129).

3. *POINTS DE REPÈRE POUR LE CHOIX DES SITUATIONS*

Réfléchissez à votre carrière auprès de patients gais vivant avec le VIH !

Réfléchissez à des moments forts vécus tout au long de votre carrière auprès de patients gais vivant avec le VIH et dont vous avez le goût de parler !

- a) Parce que de votre point de vue, les moments forts ont été importants.
- b) Pour toutes sortes de raisons, les moments forts ont été un défi pour vous, ou vous ont questionné, ou vous ont causé un problème.
- c) Parfois, les moments forts vous ont demandé de prendre une décision, ou encore ont amené un changement.
- d) Pas nécessairement mais quelquefois, vous avez peut-être eu le sentiment que les moments forts vous ont fait progresser ou apprendre quelque chose qui vous apparaissait important.

4. *QUESTIONS-GUIDE*

Notre entretien du 15 mai prochain portera sur les questions suivantes :

- a) Au début de la pandémie, pourquoi vous êtes-vous impliqué dans le traitement de patients gais vivant avec le VIH et pourquoi y travaillez-vous toujours ?
- b) Comment faisiez-vous pour exercer votre profession lorsqu'il existait une incertitude médicale au niveau du VIH-sida ?
- c) Est-ce que cette incertitude médicale n'a pas également provoqué une incertitude professionnelle ? Expliquez ?
- d) Expliquez quel était votre réseau personnel et professionnel étant donné l'incertitude professionnelle et scientifique qui régnait pendant les premières années de la pandémie du VIH ?
- e) Qu'est-ce que vous retenez pour votre pratique suite aux derniers 25 ans de la pandémie du VIH ?
- f) Est-ce qu'il y a un moment fort dans votre carrière qui vous hante, qui vous revient toujours à la mémoire ?
- g) Dans le contexte de votre carrière auprès de patients gais vivant avec le VIH, parlez-moi de ce moment fort vécus tout au long de votre carrière !

Lors de la mention d'un moment fort :

- a. Décrivez-moi ce moment en commençant par le début, et en vous replaçant le plus possible dans le contexte où il s'est déroulé !
- b. Essayez de vous imaginer dans le moment fort, tel que vous l'as vécu !
- c. Essayez de penser à haute voix, d'exprimer ce que vous avez pensé, les questions qui vous sont venues à la tête et les émotions que vous avez ressenties !

Questions d'approfondissement si nécessaire pour tenter de découvrir le processus (l'expérience concrète, l'observation réfléchie, la recherche de compréhension, l'évaluation (réflexion) critique, la reconnaissance, la conceptualisation abstraite, la préparation d'un plan, l'acquisition de connaissances et d'habiletés, le jugement, l'expérimentation active, l'acquisition de compétences et l'augmentation de l'auto confiance, et la réintégration) :

LE QUOI

1. Quel est ce moment fort ?
2. Quand le moment fort s'est-il passé ?
3. Combien de temps le moment fort a-t-il duré ?
4. Dans quel contexte le moment fort s'est-il produit ?
5. Le moment fort est-il terminé, résolu ?

LE COMMENT

1. Comment avez-vous abordé le moment fort ?
2. Quelles étaient les contraintes, les enjeux, les difficultés du moment fort ?
3. Quel était votre rôle par rapport à ce moment fort ?
4. Qu'est-ce qui est important pour vous dans ce moment fort ?
5. Quelles actions avez-vous entreprises pendant le moment fort ?
6. Quelles réflexions avez-vous faites ?
7. Qu'avez-vous fait ?
8. Quelles décisions avez-vous prises
9. Par la suite, avez-vous été confronté à des moments forts semblables dans votre pratique ? Expliquez ?
10. Ces moments forts étaient-ils complètement semblables, ou y avait-il des éléments nouveaux ? Expliquez ?
11. Le moment fort précédent a-t-il aidé à aborder le nouveau moment fort ? Comment ?

12. Si un moment fort semblable se présentait à nouveau, comment réagiriez-vous ? De la même façon ou différemment ? Pourquoi ?
13. Avez-vous appris quelque chose de nouveau pendant ce moment fort ? Quoi ?

LE POURQUOI

1. Pourquoi considérez-vous ce moment comme étant un moment fort ? Expliquez ?
2. Vos façons de faire sont-elles différentes depuis ce moment fort ? De quelle façon ? Pourquoi ?
3. Pourquoi avez-vous pris ces décisions et effectué ces actions ?
4. Pourquoi avez-vous été forcé à vous questionner ou à reconsidérer certaines choses ?

LES MOUVEMENTS GAIS CONTRE LE VIH

1. Y a-t-il des différences entre un patient gai vivant avec le VIH qui appartient à un mouvement contre le VIH et celui qui n'appartient pas à un mouvement contre le VIH ? Lesquelles ? Expliquez ?
2. Le fait qu'un patient gai appartienne à un mouvement contre le VIH a-t-il un impact sur votre relation avec lui ? Expliquez ?

LES MÉDECINS GAIS VERSUS DES PATIENTS GAIS

1. Y a-t-il des différences entre un médecin gai traitant un patient gai vivant avec le VIH et celui qui n'est pas gai traitant le même patient ? Lesquelles ? Expliquez ?
2. Quel est l'impact sur votre relation avec votre patient gai vivant avec le VIH le fait que vous soyez gai ? Expliquez ?

OUTIL 11

LETTRE D'INVITATION À L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ

Montréal, Québec

Le XX XXXX 2007

Objet : Participation à des entretiens comme source de données pour une étude

Monsieur,

Étudiant en Sciences de l'éducation à l'Université du Québec à Montréal, je réalise présentement la collecte de données dans le cadre de la recherche menant au doctorat. Cette recherche consiste en une analyse des apprentissages et des processus d'apprentissage expérientiel de trois médecins généralistes gais réalisés dans le cadre de la relation thérapeutique avec des patients qui sont gais et qui ont contracté le VIH, dans le contexte de la pandémie du VIH.

Dans le cadre de cette recherche, la collecte de données sera réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés avec trois médecins possédant chacun au moins trois sujets désireux de participer à la recherche et qui ont les caractéristiques suivantes : un sujet nouvellement infecté, infecté depuis un à dix ans, et depuis plus de dix ans. De plus, un des sujets doit être impliqué dans un mouvement social contre le VIH. Finalement, les sujets ne doivent pas souffrir de maladies mentales.

Je compte réaliser les premiers entretiens semi-dirigés d'environ une heure avec chaque sujet et chaque professionnel vers la fin du mois d'octobre 2007.

Je vous invite donc à participer à cette recherche qui, nous le souhaitons, fera avancer l'état des connaissances dans le domaine de la prise en charge des sujets de leurs traitements et de leurs soins dans le contexte du VIH. De plus, nous souhaitons qu'elle servira d'outil aux professeurs désireux de montrer aux apprenants que les professionnels ne sont pas les seuls à être détenteur du savoir; qu'elle permettra aux professionnels d'accepter davantage la valeur de l'apprentissage expérientiel dans la transformation de leur pratique sans pour autant négliger la valeur des savoirs constitués; et qu'elle apportera un bagage de faits et connaissances pouvant être intégrés à la formation initiale et ultérieure informelle et expérientiel des professionnels.

Dès lors, je demeure à votre disposition pour de plus amples informations.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Carl Jacob
(819) 934-9516 (travail)
(613) 237-7908 (maison)

OUTIL 12
FEUILLET D'INFORMATION

FEUILLET

D'INFORMATION

**Étude de cas
Étude des processus
d'apprentissage expérimentiel
de 3 médecins gais grâce à
leurs patients gais vivant
avec le VIH**

**9 patients gais vivant avec le
VIH sont recherchés!**

Parlez-en à votre médecin!

Cette étude vise à analyser les processus d'apprentissages de 3 médecins généralistes gais grâce à leurs patients gais vivant avec le VIH dans le contexte de transformation du rapport au savoir sous l'influence de 4 moteurs : la multiplication des découvertes scientifiques et les données épidémiologiques, l'incertitude scientifique et professionnelle, le rapport à la sexualité et à l'homosexualité et l'autonomisation des patients gais vivant avec le VIH grâce au Mouvement des PWA ou PLWA.

***Si vous acceptez de
participer!***

9 patients gais vivant avec le VIH seront invités à participer à un entretien individuel anonyme avec Carl Jacob, candidat au doctorat en éducation à l'UQAM, codirigé par Joanne Otis et Paul Bélanger, professeurs associés à l'UQAM.

L'entretien portera sur ce que vous pensez que votre médecin a dû apprendre grâce à vous et au contexte ci-haut mentionné.

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter Carl Jacob au (613) 237-7908 ou Joanne Otis au (514) 987-3000 poste 7874.

***Une seule rencontre sera
nécessaire!***

Vous êtes intéressés?

Planifiez un rendez-vous en communiquant avec Carl Jacob au (613) 237-7908 ou (819) 946-4241 ou encore avec Joanne Otis au (514) 987-3000 poste 7874!

Avant le 1^{er} août 2007

*Ce projet de recherche
a été approuvé
par
le Comité d'éthique
de
l'Université du Québec
à
Montréal.*

APPENDICE C

CHOIX DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

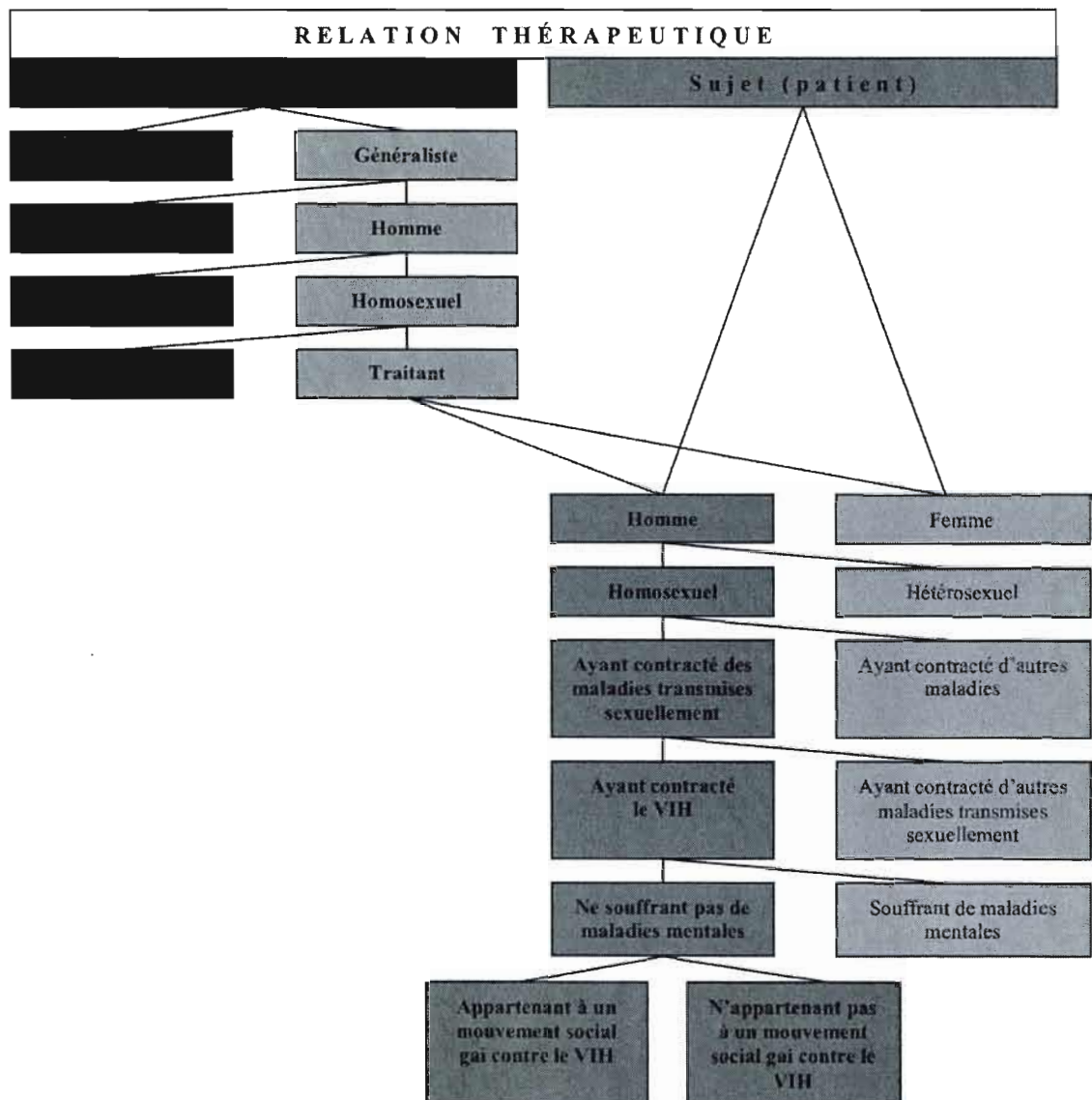


Figure – Choix des professionnels et des sujets de l'étude provenant de cliniques médicales des grands milieux urbains du Canada.

APPENDICE D

DÉFINITION DES TROIS CAS DE L'ÉTUDE ENVISAGÉE

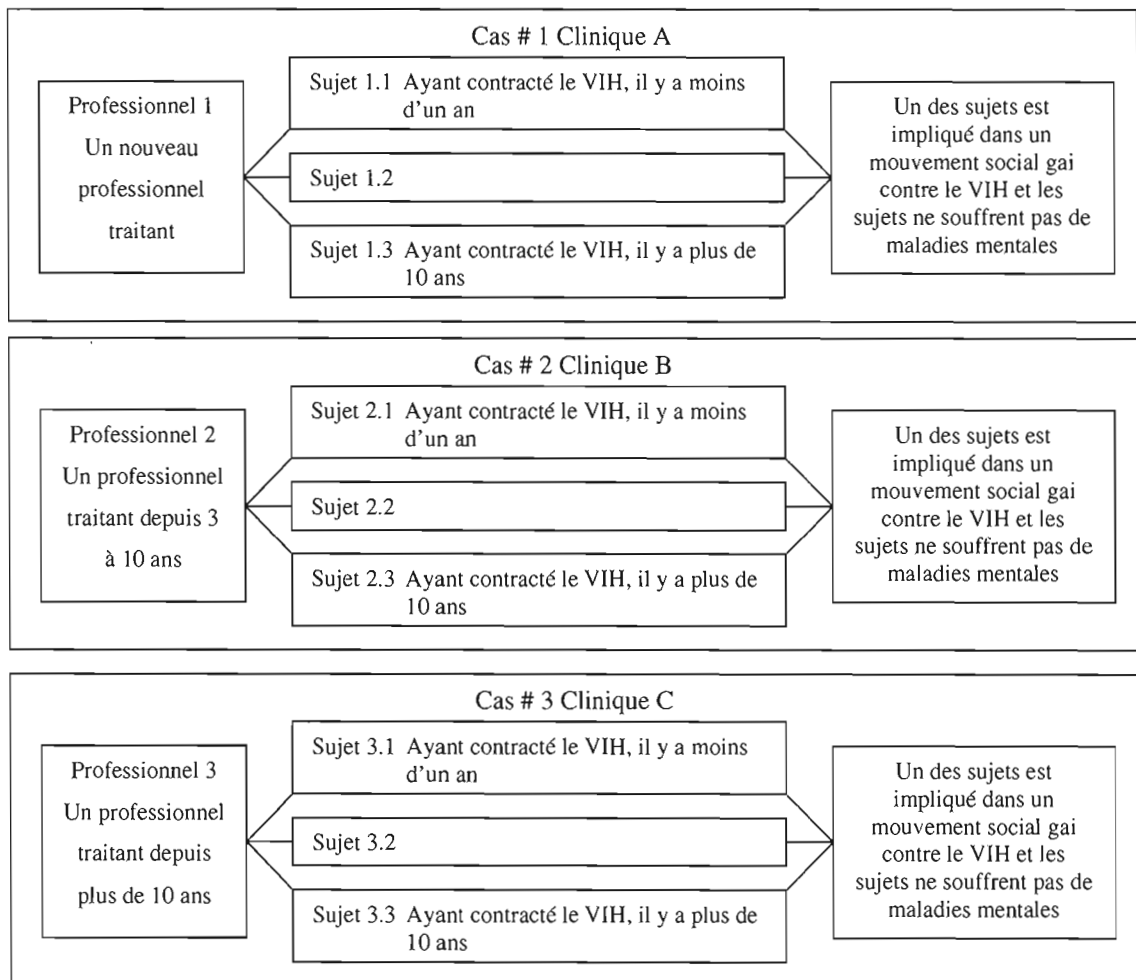


Figure – Définition des trois cas de l'étude

APPENDICE E

LES PRINCIPES DE DENVER

Ce document fait la promotion de la prise en charge par le sujet de sa santé, de ses soins et de ses traitements – le « *self-empowerment* », pierre angulaire du mouvement des PWA. Le préambule de la déclaration indique que : « Nous (sidéens) condamnons tous les essais à nous mettre l'étiquette de « victime », ce qui implique la défaite. Nous sommes seulement occasionnellement des « patients », ce qui implique la passivité, l'impuissance et la dépendance aux soins des autres. Nous sommes des « personnes avec le sida ». Cette déclaration présente dix-sept principes réunis sous quatre thèmes, soit :

- 1) Les Principes sous la section « Recommandations pour les professionnels de la santé » demandent aux fournisseurs de soins de déclarer ouvertement leurs croyances en ce qui concernent les causes du sida; de faire un examen de conscience pour déterminer ce qu'ils ressentent face au sida; d'identifier et d'examiner quel est leur propre agenda; de s'adresser aux sidéens comme « personnes entières » et d'aborder les problématiques de la sexualité spécifiquement, « avec sensibilité et avec des informations justes et exactes ».
- 2) Les Principes sous la section « Recommandations pour tout le monde » les exhortent à supporter les sidéens dans leur guerre contre ceux qui les mettent à la porte de leur emploi et de leur demeure; refusent de les toucher; les séparent de ceux qu'ils aiment, leur communauté ou leurs pairs; et demandent que le monde ne prenne pas les sidéens comme bouc émissaire, les blâmant pour la pandémie, ou tout bonnement en généralisant tout ce qui touche le style de vie des sidéens.
- 3) Les Principes sous la section « Recommandations pour les sidéens » les exhortent à s'organiser politiquement; à être impliqués à tous les niveaux de prise de décision concernant le sida; à être inclus dans tous les forums sur le sida avec une crédibilité égale aux autres participants; et à réduire leurs pratiques sexuelles à risque, tout en notant qu'ils ont une responsabilité éthique d'informer leurs partenaires sexuels de leur état de santé.
- 4) Les Principes sous la section « Droits des sidéens » indiquent que les sidéens ont le droit d'avoir une vie sexuelle et émotionnelle satisfaisante comme tout

le monde; des soins de qualité sans discrimination; des explications complètes concernant les risques et les bénéfices des traitements médicaux et des recherches; le respect de la vie privée et de la confidentialité, et de vivre et de mourir en toute dignité » (Traduction libre) (The Body, p. 1-2).

APPENDICE F

PRÉSENTATION DES SUJETS PATIENTS DE L'ÉTUDE

Nom fictif des sujets patients	Âge moyen	Nombre moyen d'années d'expérience avec le VIH		Lieux de traitement
Gustave	De 46 à 55 ans	Entre 9 et 18 ans		Principalement dans des cliniques privées et des centres de santé publique
Hector				
Ivan				
Justin				
Klive				
Luc				

APPENDICE G

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le Serment d'Hippocrate est un texte proposant un cadre moral ou éthique pour l'exercice de la médecine. En France, les médecins doivent le prononcer devant le buste d'Hippocrate, leur jury de thèse et leurs proches, après avoir soutenu avec succès leur thèse d'exercice.[réf. nécessaire] En France, il a été réactualisé en 1996, à partir de la traduction d'origine. Il n'a aucune valeur légale. Seule la législation et les codes de déontologie des ordres des médecins où ils exercent leur activité peuvent avoir une valeur légale.

Fonction et valeur juridique

Le serment d'Hippocrate fixe un cadre éthique à l'intervention du médecin. Il a également pour fonction de marquer le passage du statut d'étudiant (d'interne) à celui de médecin proprement dit. En ce sens, on peut aussi considérer son énonciation, devant ses pairs, ses proches, et ses maîtres, comme un véritable rite de passage.

«En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je jure et je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qu'il s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
Je jure ! Je jure ! Je jure !»

Le texte a été réactualisé en 1996 par le professeur Bernard Hoerni, et publié dans le Bulletin de l'Ordre des Médecins (Avril 1996, n°4). Chaque faculté de Médecine possède en fait sa propre version qui comporte des variations minimales avec celle-ci.

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque » (Hoerni, 1996)

RÉFÉRENCES

- Act Up-Paris. 2006. « Chronicité du déni ». *Dossier Action Prévention, le 10 mai*. En ligne. < <http://www.actupparis.org/spip.php?article2407> > (Consulté le 10 août 2010), p. 1.
- Adelman, M.B. et L.R. Frey. 1997. *The Fragile Community: Living Together with AIDS*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Agence de santé publique du Canada. 2006. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2006*. Centre de prévention des maladies infectieuses (juin).
- Agence de santé publique du Canada. 2008. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2007*. Centre de prévention des maladies infectieuses (juin).
- Agence de santé publique du Canada. 2010. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2009*. Centre de prévention des maladies infectieuses (juin).
- Ahern, S.P. 1998. « La compétence professionnelle du médecin et l'enseignement de l'éthique ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, no 7 (avril), p. 903-905.
- Allain, P.-H. 2010. « L'extrême droite fustige le gay savoir au primaire ». *Société, le 3 février*. En ligne. < <http://www.liberation.fr/societe/0101617084-1-extreme-droite-fustige-le-gay-savoir-au-primaire> > (Consulté le 10 juillet 2010), p. 1.
- American Medical Association. 1993. « Continuing Medical Education Resource Guide: Physician Commitment to Lifelong Learning ». En ligne. < <http://www.ama-assn.org/ethic/cmeres-2htm> > (Consulté le 8 juillet 1999), p. 1.
- American Nurses' Foundation. 1989. *On Specialization in Nursing: Toward a New Empowerment*. Kansas City (MI): American Nurses' Foundation.
- Anderson, R.M. et M.M. Funnell. 2000. « Compliance and Adherence are Dysfunctional Concepts in Diabetes Care ». *The Diabetes Educator*, vol. 26, no 4 (juillet/août), p. 597-604.
- AVERT. 2010. « Canada AIDS Statistics by Year and Age. AVERTing HIV and AIDS ». En ligne < <http://www.avert.org/canada-aids.htm> > (Consulté le 2 juillet 2010).
- AVERT. 2010. « Introduction to HIV and AIDS Treatment ». En ligne < <http://www.avert.org/treatment.htm> > (Consulté le 10 juillet 2010).

- Balleux, A. 2000. « Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt cinq ans de recherche ». *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 26, no 2, p. 263-285.
- Bandura, A. 1977. *Social Learning Theory*. New York (NY): General Learning Press.
- Bandura, A. 1986. *Social Foundations of Thought and Action: A Social-Cognitive Theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Bandura, A. 1993. « Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning ». *Educational Psychologist*, vol. 28, no 2, p. 117-148.
- Barrette, J. 2008. *Étude de l'explicitation de l'apprentissage informel chez des adultes dans le contexte d'une entreprise : un processus dialectique de construction située de la connaissance*. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en éducation, août, 583 p.
- Barthassat, V., A. Calmy, F. Amati, S. Vincent-Suter, V. Schwarz, B. Hirschel et A. Golay. 2009. « Éducation thérapeutique en maladie infectieuse : l'exemple de l'infection à VIH ». *La Revue médicale Suisse : La revue de formation continue*, no 3202, p. 1-7.
- Baxter, D.J. 1997. *The Least of these my Brethren: A Doctor's Story of Hope and Miracles on an Inner-City AIDS Ward*. New-York (NY): Harmony Books.
- Bayer, R. et G.M. Oppenheimer. 2000. *AIDS Doctors: Voices from the Epidemic. An Oral History*. New-York (NY): Oxford University Press.
- Bélangier, P. et M. Robitaille. 2008. «Health and Adult Learning ». Article proposé pour une future publication.
- Bennett, N.L., D.A. Davis, W.E. Easterling, P. Friedmann, J.S. Green, B.M. Koeppen, P.E. Mazmanian et H.S. Waxman. 2000. « Continuing Medical Education: A New Vision of the Professional Development of Physicians ». *Academic Medicine*, vol. 75, no 12, p. 1167-1172.
- Benveniste, G. 1987. *Professionalizing the Organization: Reducing Bureaucracy to Enhance Effectiveness*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Berg, B.L. 2001. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 4^e éd. Boston (MA): Allyn et Bacon.
- Bergadaà, M. 2002. « L'utilisation de multi-cas d'entreprises dans un contexte de changement et de crise : compte-rendu d'expérience ». En ligne < http://hec.info.unige.ch/recherches_publications/cahiers/2002/2002.24.pdf > (Consulté le 20 février 2009).

- Bergsma, L.J. 2004. « Empowerment Education: The link Between Media Literacy and Health Promotion ». *American Behavioral Scientist*, Sage Publications, vol. 48, no 2 (octobre), p. 152-164.
- Bernard, C. 1865. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Document produit en version numérique par Gemma Paquet, bénévole, professeure à la retraite du Cégep de Chicoutimi, dans le cadre de la collection : « Les classiques des sciences sociales », 205 p.
- Bernard, J.-L., P. Reyes. 2001. « Apprendre, en médecine ». *Pédagogie Médicale*, vol. 2, p. 235-241.
- Bero, L.A., R. Grilli, J.M Grimshaw, E. Havey, A.D. Oxman et M. Ann. 1998. « Closing the Gap Between Research and Practice: An Overview of Systematic Reviews of Interventions to Promote the Implementation of Research Findings ». *British Medical Journal*, vol. 317, no 7156, p. 465-468.
- Bode, B. 1989. « Dialogue Journal Writing ». *The Reading Teacher*, vol. 42, no 8, p. 568-571.
- Bogdan, R.C. et S.K. Biklen. 1992. *Qualitative Research for Education*. Boston (MA): Allyn and Bacon, In T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (2000) *Introduction à la recherche en éducation*, p. 236. Sherbrooke (Qc): Éditions du CRP.
- Borg, W.R.; J.P. Gall et M.D. Gall. 1993. *Applying Educational Research: A Practical Guide*. 3^e éd. New-York (NY)/London (UK): Longman. (1^e éd. 1981).
- Bouchard, J.-M., P. Boudreault, D. Pelchat et L. Talbot. 1995. *Partenariat, coopération : famille - services de réadaptation*. Équipe de recherche, Université du Québec à Montréal.
- Boud, D. et J. Pascoe. 1978. *Experience Learning. Development in Australian Post-Secondary Education*. Sydney (Aus): Australian Consortium of Experience Learning.
- Boulanger, L. 2008. *Réjean Thomas : Médecin de cœur, homme d'action*. Montréal (Qc) : Les Éditions Voix parallèles, 232 p.
- Bourassa, B., F. Serre et D. Ross. 2003. *Apprendre de son expérience*. Sainte-Foy (Qc) : Presses de l'Université du Québec.
- Bourgeois, E. et J. Nizet. 1997. *Apprentissage et formation des adultes*. Paris (Fr) : PUF.
- Bouthegourd, V. 2007. « L'économie de la connaissance : L'apprentissage expérientiel ». Intelligence collective. *Les cahiers du Business Humanist Institution*, mai 2007, p. 1-8.

- Boutin, G. 2000. *L'entretien de recherche qualitative*. Sainte-Foy (Qc) : Presses de l'Université du Québec.
- Brashers, D. E., S.M. Haas et J.L. Neidig. 1999. « The Patient Self-Advocacy Scale (PSAS): Measuring Involvement in Health Care Decision Making ». *AIDS Clinical TRIALS Unit, Division of Infectious Disease, The Ohio State University College of Medicine, Health Communication*, vol. 11, no 2, p. 97-122.
- Brashers, D.E. et S.A. Jackson. 1991. « Politically Savvy Sick People: Public Penetration of the Technical Sphere ». In D.W. Parson (dir.). *Argument in Controversy: Proceedings of the Seventh SCA/AFA Conference on Argumentation*, p. 284-288. Annondale (VA): Speech Communication Association.
- Brashers, D.E., S.M. Haas, R.S. Kingle et J.L. Neidig. 2000. « Collective AIDS activism and individuals' perceived self-advocacy in physician-patient communication ». *Human Communication Research*, vol. 26, no 3 (July), p. 372-402.
- Brimo, A. 1972. *Les méthodes des sciences sociales*. Paris (Fr) : Montchrestien.
- Careau, L. et A.-L. Fournier. 2002. « La motivation ». *Dispositions à l'étude*. Centre d'orientation et de consultation psychologique. Laval (QC) : Université Laval.
- Carré, P. 1992. *L'autoformation dans la formation professionnelle*. Paris (Fr) : La documentation française.
- CEGOS. 2010. Formation : Éducation thérapeutique et VIH. Sensibilisation et préparation aux missions d'éducation thérapeutique ». En ligne. < <http://www.cegos.fr/formation-education-therapeutique-vih/p-20107675-2010.html> > (Consulté le 10 août 2010), p. 1.
- Cervero, R.M. 2001. « Continuing Professional Education in Transition 1981-2000 ». *International Journal of Lifelong Education*. Vol. 20, no 1 et 2, p. 16-30.
- ChroniSanté. 2009. « Les éléments communs à la prise en charge du VIH et des autres maladies chroniques ». En ligne. < <http://chronisante.inist.fr/spip.php?article316> > (Consulté le 17 août 2010), 3 p.
- Clark, D. et C. Forbes. 2001. « Patient Empowerment Stroke - A Strategy for Scotland ». *Scottish Medical Journal*, vol. 46, p. 71-72.
- Clark, F.A. et J. Jackson. 1989. « The Application of the Occupational Science Negative Heuristic in the treatment of Persons with Human Immunodeficiency Infection ». *Occupational Therapy in Health Care*, vol. 6, no 4, p. 69-91.

- Coleman, J.S. 1976. « Differences Between Experiential and Classroom Learning ». In M. Keeton (dir.), *Experiential Learning, Rationale, Characteristics and Assessment*, p. 49-61. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Comeu, Y. 1994. « L'analyse des données qualitatives ». Cahier du CRISES, Collection Études théoriques, no ET9402.
- Comité québécois d'étude du français médical. 2006. « Malade, patient, client, usager ou bénéficiaire : sont-ils interchangeables ? ». En ligne. <http://www.almfc.org/Pages/Mots_remedes/3_html.html> (Consulté le 30 octobre 2006), une page chacune.
- Conseil supérieur de l'éducation. 1996-1997. « L'insertion sociale et professionnelle, une responsabilité à partager ». En ligne. <<http://www.cse.gouv.qc.ca/f/pub/rappann/synth97.htm>> (Consulté le 10 juin 1999) p. 5.
- Davis, A. 1988. « Radical perspectives in the empowerment of Afro-American women: Lessons for the 1980s ». *Harvard Educational Review*, vol. 58, no 3, p. 348-353.
- Davis, D. 1995. « Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies ». *Journal of American Medical Association*, vol. 274, no 9, September 6, p. 700-705.
- Davis, D. 1998. « Continuing medical education: global health, global learning ». *BMJ Publishing Group*, vol. 316, January 31, p. 385-389.
- Davis, D. 2003. « The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect ». *BMJ Publishing Group*, vol. 327, no 7405, July 5, p. 33-35.
- Davis, D., B.E. Barnes, R. Fox, (Eds.). 2003. *Continuing Professional Development of Physicians: From Research to Practice*. Chicago (IL): American medical Association, 394 p.
- Davis, D., M. Evans, A. Jadad, L. Perrier, D. Rath, D. Ryan, G. Sibbald, S. Straus, S. Rappolt, M. Wook et M. Zwarenstein. 2003. « The Case for Knowledge Translation: Shortening the Journey from Evidence to Effect ». *British Medical Journal*, vol. 327, p. 33-35.
- Davis, E.D., J.M. Vander Meer, P.C. Yarborough et S.B. Roth. 1999. « Using Solution-Focused Therapy Strategies in Empowerment-Based Education ». *The Diabetes Educator*. vol. 25, no 2 (mars/avril), p. 249-254.
- Deslauriers, J.-P. 1991. *Recherche qualitative : Guide pratique*. Montréal (Qc) : McGraw-Hill.
- Dewey, J. 1975. *Démocratie et éducation. Introduction à la philosophie de l'éducation*. Paris (Fr) : Armand Colin.

- Dewey, J. 1938. *Experience and Education*. New York (NY): Collier Books.
- Dewey, J. 1960. *Experience, Nature and Freedom*. New York (NY): The Library of Liberal Arts.
- Doise, W., G. Mugny et A.-N. Perret-Clermont. 1984. « The Social Development of the Intellect ». In S. Johsua et J.-J. Dupin. 1993. « Using ‘Modelling Analogies’ to Teach Basic Electricity: A Critical Analysis », p. 107. In M. Caillot (ed.), *Learning Electricity and Electronics with Advanced Educational Technology*, vol. 115 de *NATO ASI Series F*. Springer-Verlag, Berlin (Allemagne).
- Doumont, D. et I. Aujoulat. 2002. *L'empowerment et l'éducation du patient*. Unité RESO, Éducation pour la santé, Faculté de Médecine, Bruxelles (Bel.) : Université Catholique de Louvain, Réf. 02-18. En ligne. < <http://www.md.ucl.ac.be/entites/espresso/dossiers/dos18.pdf> > (Consulté le 12 septembre 2006) (août).
- Du Boulay, C. 2000. « From CME to CPD: Getting Better at Getting Better? ». *British Medical Journal*, vol. 320, p. 393-394.
- Dufour, S., D. Fortin et J. Hamel. 1991. *L'enquête de terrain en sciences sociales*. Montréal (Qc) : Éditions Saint-Martin.
- Dunst, C.J. et C.M. Trivette. 1987. « Enabling and Empowering Families: Conceptual and Intervention Issues ». *School Psychology Review*, Washington (DC), vol. 16, p. 443-456.
- Dupuy, J.M. 1986. *Ce qu'il faut savoir sur le syndrome d'immunodéficience acquise : SIDA*. Université du Québec, Institut Armand-Frappier, Montréal (Qc) : Paul Dottini Éditeur.
- Eisenhardt, K.M. 1989. « Building Theories Form Case Study Research ». *Academy of Management Review*. vol. 14, no 4, p. 532-550.
- Eisenhardt, K.M. et L.J. Bourgeois III. 1988. « Politics of Strategic Decision-Making in High-Velocity Environments: Toward a Midrange Theory ». *Academy of Management Journal*, vol. 31, no 4, p. 737-770.
- Elliott, T.R., T.E. Witty et S. Herrick. 1991. « Negotiating Reality after Physical Loss: Hope, Depression and Disability ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 61, no 4, p. 608-613.
- Elwyn, G. et P. Hocking. 2000. « Organisational Development in General Practice: Lessons from Practice and Professional Development Plans ». *BioMed Central Family Practice*, vol. 1, p. 2-2.

- Empowerment Illustrated. 2003. « What is Empowerment? An Enquiry into the Nature of Empowerment, it's Role in Human Evolution and how People and Groups Get it ». En ligne. <<http://www.Empowermentillustrated.com/mtarchive/000421.html>> (Consulté le 12 septembre 2006).
- Eraut, M. 2000. « Non-Formal Learning and Tacit Knowledge in Professional Work ». Institute of Education, University of Sussex, *British Journal of Educational Psychology*, vol 70, p. 113-136.
- Fab, V. et M.J. Sobnosky. 1993. « Responses from the Street: ACT UP and Community Organizing Against AIDS ». In S.C. Ratzan (Ed.), 1993. *AIDS: Effective Health Communication for the 90's*, p. 91-109. Washington, (DC): Taylor & Francis.
- Fagan, W. 1989. « Empowered Students; Empowered Teachers ». *The Reading Teacher*, vol. 42, no 8, p. 572-578.
- Faitelson-Weiser, S. 1997. « La formation personnelle ». Laval (Qc) : Université Laval, Commission des études, le 14 novembre. En ligne. <<http://www.ulaval.ca/sg/greffe/Form.Pers/fp.htm>> (Consulté le 10 décembre 1999), p. 2.
- FedMed Your interactive Medical Library. 2010. « Chronic Disease Definition ». En ligne. <<http://www.freemd.com/chronic-disease/>> (Consulté le 10 août 2010), p. 1.
- Fee, E. et D.M. Fox. 1992. « Introduction : The Contemporary Historiography of AIDS ». In E. Fee et D.M. Fox. 1992. eds. *AIDS: The Making of a Chronic Disease*, p. 1-19. Berkeley (CA): University of California.
- Finger, A.L. 1999. Patients you Learn From - and Never Forget. *Medical Economics: The leader in healthcare information products and services*, 22 février, p. 123-134.
- Fiore, F. 1993. *Le Sida : Comment vivre avec ?* Coll. Existence, Montréal (Qc) : Roussan Éditeur.
- Ford, M.E., G. Edwards, J.L. Rodriguez, R.C. Gibson et B.C. Tilley. 1996. « An Empowerment-Centered, Church-Based Asthma Education Program for African-American Adults ». *Health & Social Work*, vol. 21, no 1 (février), p. 70-75.
- Fortin, M.F., M.E. Taggart, S. Kéroutac et S. Normand. 1988. *Introduction à la recherche auto-apprentissage assisté par ordinateur*. Ville Mont-Royal (Qc) : Décarie Éditeur.
- Fox, R.D., P.E. Mazmanian, R.D. Putman. 1989. *Changing and Learning in the Lives of Physicians*. New York (NY): Praeger.

- Fraschino, R.J. 2010. « A Chronic, Not Always So Manageable, Condition ». *The Body, The Complete HIV/AIDS Resource*. En ligne. < <http://www.thebody.com/content/art55438.htm> > (Consulté le 10 août 2010).
- Gagné, R.M. 1977. *The Conditions of Learning*. 3rd edition, New-York (NY)/Montréal (Qc): Holt, Rinehart and Winston.
- Gay and Lesbian Medical Association. 2006. « FAQs about GLMA ». En ligne. < <http://www.glma.org/index.cfm> > (Consulté le 16 juin 2006).
- Gendron, S. 2001. « La pratique participative en santé publique : L'émergence d'un paradigme ». (Tome I), Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en Santé publique option Promotion de la santé, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Montréal (Qc) : Université de Montréal (novembre).
- Gersick, C. 1988. « Time and Transition in Work Teams: Toward a New Model of Group Development ». *Academy of Management Journal*, vol. 31, p. 9-41.
- Gibbs, L. 1988. *Learning by Doing*. London (UK): Further Education Unit.
- Gibson, C.H. 1991. « A Concept Analysis of Empowerment ». *Journal of Advanced Nursing*, vol. 16, p. 354-361.
- Gillett, J. 2001. « Contemporary Challenges for Alternative Media: Lessons from the AIDS Movement ». Windsor (ON): University of Windsor, Department of Sociology and Anthropology (mai 24).
- Glaser, B.G. et A. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago (IL): Aldine de Gruyter.
- Goldenberg, H. 2010. « Doctors Learning from Patients Learning from Doctors ». *6minutes.com: Interesting Stuff for Doctors*. En ligne. < <http://www.6minutes.com.au/articles/zl/view.asp?id=519321> > (Consulté le 12 juillet 2010), p. 1-2.
- Good, T. L. et J.E. Brophy. 1990. *Educational Psychology: A Realistic Approach*. 4^e éd., White Plains (NY): Longman.
- Graveline, C., J. Robert et R. Thomas. 1998. *Les préjugés plus forts que la mort : Le sida au Québec*. Montréal (Qc) : VLB Éditeur.
- Grimaldi, A. et J. Cosserat. 1998. « La relation médecin-malade ». *EMC Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Paris (FR) : Elsevier.
- Guba, E.G. 1981. « Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries ». *Educational Communication and Technology Journal*, vol. 29, p. 75-91.

- Hamberger, J. 1989. *Dictionnaire de médecine Flammarion*. Paris (Fr) : Flammarion Médecine-Sciences.
- Hamel, J. 1997. *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal (Qc) : Harmattan.
- Haney, P. 1988. « Providing Empowerment to the Person with AIDS ». *Social Work*, vol. 33, no 3, p. 251-256.
- Harris, S. et R. Sutton. 1986. « Functions of Parting Ceremonies in Dying Organizations ». *Academy of Management Journal*, vol. 29, p. 5-30.
- Hervé, C., B. M. Knoppers, P. A. Molinari et M. A. Grimaud. 2007. « Systèmes de santé et circulation de l'information : Encadrement éthique et juridique ». *Actes du cinquième séminaire d'experts franco-québécois de l'Institut international de recherche en éthique biomédicale (IIREB)*, Montréal, février 2006.
- Highleyman, L. 2004. « What were the Denver Principles? » GMax, Queer History. En ligne. < <http://gmax.co.za/think/history/204/040130-bobbicampbell.html> > (Consulté le 26 septembre 2005), p. 1-4.
- Hlady Rispal, M. 2002a. « Méthode de l'étude de cas : Les défis du chercheur en gestion ». In Journée d'étude "La méthode des cas". Pessac (Fr) : Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- Hlady Rispal, M. 2002b. « Méthode de l'étude de cas : Application à la recherche en gestion ». In Journée d'étude "La méthode des cas". Pessac (Fr) : Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- Hodge-Wright, M.E. 2004. *Life Lessons: Stories of Hope, Love and Laughter in the Face of AIDS*. Lincoln (NE): iUniverse.
- Hoerni, B. 1996. Serment d'Hippocrate. *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, no. 4, avril. En ligne. < http://fr.wikipedia.org/wiki/Serment_d'Hippocrate_r%C3%A9actualis%C3%A9 > (Consulté le 27 avril 2011).
- Honey, M. et B. Moeller. 1990. « Teacher's Beliefs and Technology Integration: Different Values, Different Understandings ». *CTE Technical Report*, no 6, (août).
- Horne, R. 2005. « Doctor-Patient Relationship: Lessons Learned from two Decades Managing Patients with HIV ». En ligne. < <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/330/7492/667> > (Consulté le 27 septembre 2005) (29 mars), p. 667-670.
- Hutchins, R.M. 1968. *The Learning Society*. New-York (NY): Frederick A. Praeger, Publishers.
- Isola, G., L. González, W. Oreggioni et M. Pastorini. 2005. « Les fonctions, actions et contributions des coopératives en milieu rural sur le développement local durable ». *uniRcoop*, vol. 3, no 1.

- Israel, B.A., B. Checkoway, A. Schulz et M. Zimmerman. 1994. « Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individuals, Organizational and Community Control ». *Health Education Quarterly*, vol. 21, no 2 (été), p. 149-170.
- Jarvis, P. 2004. *Adult Education and Lifelong Learning: Theory and Practice*. 3^e éd., London (UK): Routledge-Falmer.
- Johnson, M. 1997. *Au-delà du miracle*. Paris (Fr) : Éditions Robert Laffont.
- Joshua, S. et J.-J. Dupin. 1993. « Using “Modelling Analogies” to Teach Basic Electricity: A Critical Analysis ». In M. Caillot (ed.), *Learning Electricity and Electronics with Advanced Educational Technology*, vol. 115 de *NATO ASI Séries F*. Springer-Verlag, Berlin (Allemagne).
- Jouquan, J. et P. Bail. 2003. « À quoi s’engage-t-on en basculant du paradigme d’enseignement vers le paradigme d’apprentissage ? » Exemple d’une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. Texte élaboré à partir d’une conférence prononcée lors du 2^e Forum international francophone de pédagogie médicale, Montréal (Qc), 3-4 octobre 2002, *Pédagogie Médicale*, vol. 4, p. 163-175. En ligne. <<http://www.Pedagogie-medecale.org/4-3jouquan/.pdf>> (Consulté le 5 septembre 2006).
- Kaiser Family Foundation. 2005. « The Global HIV/AIDS Epidemic: A Timeline of Key Milestones ». En ligne. <<http://www.kff.org/hiv/aids/aidstimeline.cfm?showyear=all>> (Consulté le 30 août 2005).
- Kar, S.B., C.A. Pascual et K.L. Chickering. 1999. « Empowerment of Women for Health Promotion: A Meta Analysis ». *Social Science and Medicine*, vol. 49, p. 1431-1460.
- Karsenti, T. et L. Savoie-Zajc. 2000. *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke (Qc): Éditions du CRP.
- Karsenti, T., F. Larose et Y.D. Garnier. 2002. « Optimiser la communication famille-école par l’utilisation du courriel ». *Revue des sciences de l’éducation*, Intégration pédagogique des TIC : recherche et formation, vol. 28, no 2, p. 367-390.
- Kilry, J. 1982. *Experiential Learning: Human Potential Research Project*. Guilford (UK): Surrey University.
- Kirp, D. et S. Epstein. 1989. « AIDS in America’s Schoolhouses: Learning the Hard Lessons ». *Phi Delta Kappan*, vol. 70, no 8, p. 585-593.
- Kitchener, P., P. King. 1994. *Reflective Judgment*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.

- Klepac, M.J. 1996. « Theory and Practical Applications of a wellness perspective in diabetes education ». *The Diabetes Educator*. vol. 22, no 3 (mai/juin), p. 225-230.
- Knowles, M.S. 1990. *L'apprenant adulte, vers un nouvel art de la formation*. Paris (Fr): Les Éditions d'Organisation.
- Knowles, M.S. 1969. *Higher Adult Education in the United States. The Current Picture, Trends and Issues*. Washington (DC): American Council on Education.
- Kolb, D.A. 1984. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Kouchner, B. 2001. « Discours de Bernard Kouchner ». Intervention de Bernard Kouchner, Secrétaire d'état à la santé, Ouverture de la Journée nationale de synthèse des États généraux de la Santé, Bilan provisoire des États généraux de la Santé, Maison de la Chimie à Paris (Fr) (5 avril). En ligne. < http://www.sante.gouv.fr/html/actu/33_990630.htm > (Consulté le 30 octobre 2006) (30 juin).
- Kozanitis, A. 2005. « Les principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage : Un point de vue historique ». Montréal (Qc) : Bureau d'appui pédagogique, École polytechnique.
- Krueger, R.A. et M.A. Casey. 2009. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 4th Ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, Inc.
- Landry, R. 1997. L'analyse de contenu. In B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 329-356). Sainte-Foy (Qc) : Presses de l'Université du Québec.
- Le Bossé, Y. 2003. « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : Vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment ». Faculté des fondements et pratiques en éducation, Laval (Qc) : Université Laval, NPS, vol. 16, no 2. En ligne. < <http://www.erudit.org/revue/nps/2003/v16/n2/009841ar.pdf#search=%22%22self-empowerment%22%20d%C3%A9finition%22> > (Consulté le 12 septembre 2006), p. 30-51.
- Leedy, P.D. et J.E. Ormrod. 1999. *Convergence: Footprint to Virtual Universities*. Paper presented at the 15th annual Conference on Distance Teaching and Learning, Madison (WN).
- Legendre, R. 2005. *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3^e éd., Coll. Le défi éducatif, Montréal (Qc) : Guérin Éditeur.

- Legmann, P. et P. Descartes. 2010. « Formation médicale continue, évaluation des pratiques médicales, accréditation et développement professionnel continu ». En ligne. < <http://www.academie-sciences.fr/enseignement/col1213042010/Legmann.Pdf> > (Consulté le 12 septembre 2010).
- Lessard-Hébert, M., G. Goyette et G. Boutin. 1995. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills (CA): Sage Publications.
- Light, D. Jr. 1979. « Surface Data and Deep Structure: Observing the Organization of Professional Training ». *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, no 4 (décembre), p. 551-559.
- Lincoln, Y.S. et E.G. Guba. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills (CA): Sage.
- Lindeman, E.C. 1926a. *The Meaning of Adult Education*. New-York (NY): New Republic. Édité dans une nouvelle édition en 1989 par The Oklahoma Research Center for Continuing Professional and Higher Education.
- Lindeman, E.C. 1926b. « To Discover the Meaning of Experience ». *Survey*, vol. 55, p. 545-546.
- Linnehan, M.J. et N.E. Groce. 2000. « Counselling and Educational Interventions for Women with Genital Human Papillomavirus Infection ». *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 14, no 8, p. 439-445.
- Lussier, M.-T. et C. Richard. 2008. « En l'absence de panacée universelle : répertoire des relations médecin-patient ». *Le Médecin de famille canadien*, vol. 54, août, p. 1096-1099.
- Luthy, C. et N. De Tonnac. 2009. La logique thérapeutique. News et Opinions : Actualité. *Médecine et Hygiène*, p. 1. En ligne. <<http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2115>> (Consulté le 20 novembre 2009).
- Mangeot, P. 2004. Sida : angle d'attaque. *Revue Vacarme*, no. 29. En ligne. < <http://www.vacarme.org/article456.html> > (Consulté le 18 avril 2011).
- Marsick, V.J. et K.E. Watkins. 1990. *Informal and Incidental Learning in the Workplace*. New-York (NY): Routledge.
- Mayer, R. et F. Ouellet. 1991. *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville (Qc): Gaëtan Morin Éditeur.
- McCoy, L. 2005. « HIV - Positive patients and the doctor-patient relationship: Perspectives from the margins ». *Qualitative Health Research*, vol. 15, no 6, p. 791-806.
- MedecineNet. 2010. « Definition of Chronic Disease ». En ligne. < <http://merterms.com/script/main/art.asp?articlekey=33490> > (Consulté le 12 août 2010).

- Meichelbeck, E. 2005. À l'école du possible : Un outil conceptuel, définition. En ligne. < <http://www.c-possible/cp.cp?CPDoc=491> > (Consulté le 14 avril 2011).
- Meirieu, P. 1987. *Apprendre... oui, mais comment ?* Paris : ESF éditeur.
- Merriam, S.B. 1988. *Case Study Research in Education: A Qualitative Approach*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Merriam, S.B. 1998. *Qualitative Research and Case Study Application in Education: Revised and Expanded from "Case Study Research in Education"*. San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers.
- Merrill, J., L. Laux. et J. Thornby. 1989. « AIDS and Student Attitudes ». *Southern Medicine Journal*, vol. 4, p. 426-432.
- Mezirow, J. 1991. *Transformative Dimensions of Adult Learning*. Higher and Adult Education Series, San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Mezirow, J. 1997. "Transformative Learning: Theory to Practice." In *Transformative Learning in Action: Insights from Practice. New Directions for Adult and Continuing Education*, no 74, edited by P. Cranton, p. 5-12. San Francisco (CA): Jossey-Bass (été).
- Miles, M.B. et A.M. Huberman. 2003. *Analyse des données qualitatives*. Traduction de la 2^e édition américaine par Martine Hlady Rispal, Révision scientifique de Jean-Jacques Bonniol. Méthode en sciences humaines, De Boek Université (Brux) : De Boeck et Larcier.
- Miles, M.B. et A.M. Huberman. 1994. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Source-Book*. London (UK): Sage Publications, Traduction de la 2^e édition américaine par Martine Hlady Rispal (Université Bordeaux 4), révision scientifique de Jean-Jacques Bonniol (université de Provence, Aix-Marseille 1), 2005.
- Minkler, M. et K. Cox. 1980. « Creating Critical Consciousness in Health Applications of Freire's Philosophy and Methods to the Health Care Setting ». *International Journal of Health Sciences*, vol. 10, no 2, p. 311-323.
- Mino, J.-C. 2005. « L'information des patients du point de vue des médecins généralistes ». *Actes du séminaire, Promotion des usagers et "modernisation" des pratiques professionnelles en santé : Normalisation, dynamiques d'échanges et logiques professionnelles*. Séminaire de recherche organisé par le DIES - 20 et 21 mai. En ligne. <<http://www.dies.fr/recherch/actes/act1.html>> (Consulté le 20 septembre 2006).
- Morse, J. 1995. « The significance of Saturation ». *Qualitative Health Research*, vol. 5, no 2, p. 147-149.

- Mucchielli, A. 1996. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris (Fr.) : Armand Colin.
- Nicolet, Chaneac, D'Abbadie, D'Amato, Drouin, Lusignan, Maupu, Ricome, Le Bohec, Lorimy et Herbe. 1996. « La place de la relation "client-patient" dans l'accréditation ». Dans *CLIQ, Le journal des cliniques privées*. En ligne. < <http://www.clinique-privee.com/cpsy/CPSY%20SERVICES/baqhp/client-patient.html> > (Consulté le 29 juillet 1998).
- Ninacs, B. 2006. Empowerment : réflexion sur quelques principes clés ». Coopérative La Clé, Québec(QC) : EQual 2004-2008, Combattre les discriminations, réduire les inégalités, pour une meilleure cohésion sociale. En ligne. < http://www.tantdevies.eu/files/Empowerment_Principes_cles_Bill_Ninacs.pdf > (Consulté le 10 juillet 2010).
- Norsigian, J., V. Diskin, P. Doress-Worters, J. Pincus, W. Sanford et N. Swenson. 1999. « The Boston Women's Health Book Collective and Our Bodies, Ourselves: A Brief History and Reflection ». *Journal of American Medical Women's Association, Our bodies, Ourselves*. En ligne. < <http://www.ourbodiesourselves.org/book/inside/introduction.asp> > (Consulté le 6 juin 2006) (hiver).
- O'Sullivan, E. 1999. *Transformative Learning: Educational Vision for the 21st Century*. London (UK)/Toronto (ON): Zed Books/University of Toronto Press.
- Office québécois de la langue française. 1999. « Client ». En ligne. < http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp > (Consulté le 10 décembre 2006), p. 1.
- Office québécois de la langue française. 2001. « Patient ». En ligne. < http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp > (Consulté le 10 décembre 2006), p. 1.
- Office québécois de la langue française. 2003. « Usager, bénéficiaire ». En ligne. < http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp > (Consulté le 10 décembre 2006), p. 1.
- Olivier, C. 1994. *L'amour assassin*. Montréal : Les éditions internationales Alain Stanké, 171 p.
- Olivier, C. 1996. « Point de vue d'un médecin : Problèmes éthico-légaux (1986-96) ». *Réseau juridique canadien VIH-sida, Bulletin canadien VIH-sida et droit*, vol. 2, no 4 (juillet). En ligne. < <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenudocautres/bulletincanadien/Juillet1996.html> > (Consulté le 27 septembre 2005).

- Otis, J., J. Flores-Aranda, G. Godin, J. Gélinas, M.E. Girard, M. Alary et M. Fréchette. (2007). « Vivre avec le VIH au Québec, hors de la région métropolitaine. Spécificités et communautés des expériences des hommes gais et bisexuels sur le plan affectif et sexuel ». In J.J. Lévy et D. Julien (dir.). *Homosexualités : variations régionales*, p. 39-70. Québec (Qc) : Presses de l'Université du Québec.
- Ouellet, Y. 1997. « Un cadre de référence en enseignement stratégique ». *Vie pédagogique*, vol. 104, p. 4-11.
- Palys, T. 1997. *Research decisions: Quantitative and qualitative perspectives*. Toronto (On): Harcourt Brace & Company.
- Pavlov, I.P. In R. Legendre 2005. *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3^e éd., Coll. Le défi éducatif, p. 165. Montréal (Qc) : Guérin Éditeur.
- Payette, A. et C. Champagne. 1997. *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Québec (Qc) : Presses de l'Université du Québec.
- Peck, C., M. McCall, B. McLaren et T. Rotem. 2000. « Continuing Medical Education and Continuing Professional Development: International Comparisons » *British Medical Journal*, vol. 320, 432-435.
- Piché, R. 1997. *Mon corps se détruit, ma vie se construit*. Coll. Corps/esprits, Montréal (Qc) : Les Éditions du Cram Inc.
- Poisson, Y. 1990. *La recherche qualitative en éducation*. Québec (Qc) Les Presses de l'Université du Québec.
- Poupart, J., J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires. 1997. *La recherche qualitative*. Montréal (Qc) : Gaëtan Morin.
- Power, T.M. 2005. « Le design pédagogique dans un contexte de bimodélisation de l'enseignement supérieur : une étude multi cas ». Thèse présentée à la Faculté des sciences de l'éducation pour l'obtention du grade de Ph.D. en Technologie de l'enseignement, Département des fondements et pratiques en éducation, Faculté des sciences de l'éducation, Québec (Qc) : Université Laval (décembre).
- Price, K. 1988. « Empowering Preadolescent and Adolescent Leukemia Patients ». *Social Work*, vol. 33, no 3, p. 275-276.
- Project Inform. 1996. « Doctor, Patient and HIV: Building a Cooperative Relationship ». Janvier, *HIV Positive, HIV and You*. En ligne. < <http://www.hivpositive.com/f-HIVyou/-HIVyou/1-dr-patie.html> > (Consulté le 20 septembre 1996), p. 1-10.
- Project Inform. 2005. « AIDS Timeline 1985-2004 ». *Project Inform*. San Francisco (Ca). En ligne. < <http://www.projinf.org/201time.html> > (Consulté le 30 août 2005).

- Quinton, A. 2007. « Psychologie d'apprentissage - les motivations ». *DU de pédagogie*. Le 5 novembre 2007.
- Raby, C. 2004. *Analyse du cheminement qui a mené des enseignants du primaire à développer une utilisation exemplaire des technologies de l'information et de la communication (TIC) en classe*. Doctorat en éducation, Faculté des sciences de l'éducation, Montréal (QC) : Université du Québec à Montréal.
- Rassat, B. 1999. « Le médiateur déchaîné ». En ligne. < <http://www.chez.com/mediateur/oeil.htm> > (Consulté le 10 décembre 1999), p. 2.
- Relman, A.S. 2001. « Separating Continuing Medical Education from Pharmaceutical Marketing » *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, 2009-2012.
- Robert, P. 1973. *Petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris (FR): Société du nouveau littré.
- Rogers, C. 1969. *Freedom to Learn: A View of What Education Might Become*. Columbus (OH): Merrill.
- Romano, C.A. 1989. « Research strategies for small business: A Case Study Approach ». *International Small Business Journal*, vol. 7, no 4, p. 35-43.
- Ruby, F. 2004. « Sida/VIH ». En ligne. < http://www.passeportsante.net/fr/maux/problemes/fiche.aspx?doc=sida_pm > (Consulté le 30 septembre 2005).
- Saint-Arnaud, Y. 1992. *Connaître par l'action*. Montréal (QC) : Presses de l'Université de Montréal (PUM).
- Saint-Pierre, L. 1993. « L'étude de cas comme méthode de recherche en éducation ». *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, vol. 9, p. 7-30.
- Sandelowski, M. 1986. « The Problem of Rigor in Qualitative Research ». *Advances in Nursing Science*, vol. 8, p. 27-37.
- Sandelowski, M. 1993. « Rigor or Rigor Mortis: The Problem of Rigor in Qualitative Research ». *Research in Nursing and Health*, vol. 18, p. 569-574.
- Santé Canada. 2000. *Le VIH et le Sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2000*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada (novembre).
- Santé Canada. 2005. *Le VIH et le Sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada (avril).
- Santé Canada. 2007. *Le VIH et le Sida au Canada : Taux de surveillance en date du 30 juin 2007*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada (juin).

- Santé Canada. 2010. « Médicaments et produits de santé : Comment les médicaments sont examinés au Canada ». En ligne. < http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/prodpharma/activit/fs-fi/reviewfs_examenfd-fra.php > (Consulté le 30 août 2010).
- Sargeant, J., K. Mann, D. Sinclair, S. Ferrier, P. Muirhead, C. van der Vleuten et J. Metsemakers. 2006. « Learning in Practice: Experiences and Perceptions of High-Scoring Physicians ». *Academic Medicine*, vol. 81, no 7, juillet, p. 655-660.
- Savoie-Zajc, L. 1989. *Les critères de la recherche qualitative*. Rouyn (QC) : Société de recherche de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Savoie-Zajc, L. 1997. L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (dir.). *Recherche en sciences sociales : De la problématique à la collecte des données* (3^e éd.), p. 263-285. Sillery (Qc) : Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. 2000. La recherche qualitative/interprétative en éducation. In T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (2000). *Introduction à la recherche en éducation*, p. 171-198. Sherbrooke (Qc) : Éditions du CRP.
- Scannell, K. 1999. *Death of the Good Doctor: Lessons from the Heart of the AIDS Epidemic*. San Francisco (CA): Cleis Press Inc.
- Schön, D.A. 1983. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New-York (NY): Basic Books.
- Schön, D.A. 1987. *Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Selwyn, P.A. 1998. *Surviving the fall: The Personal Journey of as AIDS Doctor*. New Haven (NY): Yale University Press.
- Shenton, A.K. 2004. « Strategies for Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research Projects ». *Education for Information*, vol. 22, p. 63-75.
- Shernoff, M. 1992. « What is Self-Empowerment? Published in the People With AIDS ». *Newsline*, (janvier/février), vol. 73. En ligne. <<http://www.gaypsychotherapy.com/empowerment.html>> (Consulté le 12 septembre 2006).
- Shilts, R. 1988. *And the Band Played On: Politics, People and the AIDS Epidemic*. New-York (NY): St. Martin Press.
- Simmons, C. et R. Parsons. 1983. « Empowerment for Role Alternatives in Adolescence ». *Adolescence*, vol. 18, no 69, p. 193-200.
- Simon, D., P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre et A. Grimaldi. 2009. *Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Paris (FR) : Elsevier Masson.

- Skinner, B.F. In R. Legendre 2005. *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3^e éd., Coll. Le défi éducatif, p. 165. Montréal (Qc) : Guérin Éditeur.
- Slotnick, H.B. 1999. « How Doctors Learn: Physicians' Self-Directed Learning Episodes ». *Academic Medicine*, vol. 74, no 10, octobre, p. 1106-1117.
- Slotnick, H.B. 2001. « How Doctors Learn: Education and Learning Across the Medical-School-to-Practice ». *Academic Medicine*, vol. 76, no 10, octobre, p. 1013-026.
- Slotnick, H.B. 2005. « Physicians' Learning Strategies ». *CHEST: The Cardiopulmonary and Critical Care Journal*, vol. 118.2 supplément, octobre, p. 18s-23s.
- Slotnick, H.B., A.F. Kristjanson, R.R. Raszkowski et R. Moravec. 1998. « A Note on Mechanisms of Action in Physical Learning ». *Professions Education Resources Quarterly*, vol. 15, no 2, p. 5-12.
- Slotnick, H.B., A.F. Kristjanson, R.R. Raszkowski et R. Moravec. 1997. « How Doctors Learn: Mechanisms of Action ». Presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Chicago (IL), avril.
- Slotnick, H.B., T.R. Harris et D.R. Antonenko, 2001. « Changes in Learning-Resource Use Across Physicians' Learning Episodes ». *Bulletin of the Medical Library Association*, vol. 89, no 2, avril, p. 194-203.
- Smith, M.K. 2004. « Eduard Lindeman and the Making of Adult Education ». *Youth and Policy*, vol. 82, p. 75-86.
- Smith, R.A. 2001. *Encyclopedia of AIDS: A Social, Political, and Scientific Record of the HIV Epidemic*. New-York (NY): Penguin Books Ltd. (1^e éd. Fitzroy Dearborn Publishers, 1998).
- Stake, R.E. 1995 *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- St-Cyr Tribble, D. et L. Saintonge. 1999. « Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements ». *Recherche qualitative*, vol. 20, p. 113-125.
- Stehno, J.J. 1986. *The application and integration of experiential education in higher education*. Southern Illinois University, Illinois (IL): Touch and Nature Environmental Centre.
- Stewart, D.W. 1987. *Adult Learning in America: Eduard Lindeman and his Agenda for Lifelong Education*. Malabar (FL): Robert E. Krieger.
- Strubi, A. 2009. Jeune médecin cherche identité. News et opinion : Actualité. En ligne. < <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/infos/article.php3?sid=3522> > (Consulté le 26 novembre 2009), 3 p.

- Stuhlmann, J. M. 1994. *Circumstances and Experiences that Lead to Incorporating Telecommunications into Teaching Practices*. Paper presented at the American Educational Research Association, New-Orleans (LA), (avril 4-8). Document disponible sur ERIC : ED 374 812.
- Tessier, R. 1990. « L'intervention psychosociologique de 1940 à 1990 : historique et essai de clarification conceptuelle », In R. Tessier et Y. Tessier (dir.), *Changement planifié et développement des organisations* (2^e éd., tome 1, p. 89-113). Sainte-Foy (Qc) : Presses de l'Université du Québec.
- The Body. 2001. « Two Decades of AIDS: Scenes from an Epidemic. Beyond "Victimhood": The Denver Principles June 9-12, 1983 ». *The Complete HIV/AIDS Resource*. En ligne. <http://www.thebody.com/bp/jan01/decades_02.htm> (Consulté le 26 septembre 2005).
- Thomas, C.L. 1993. *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary*. Philadelphia (PA): F.A. Davis Company.
- Thorndike, E.L. In R. Legendre 2005. *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3^e éd., Coll. Le défi éducatif, p. 165. Montréal (Qc) : Guérin Éditeur.
- Tremblay, M.A. 1968. *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Montréal (Qc) : McGraw-Hill.
- Van der Maren, J.-M. 1995. *Méthodes de recherche pour l'éducation : Éducation et formation, fondements*. Montréal (Qc)/Bruxelles (Bel) : Les Presses de l'Université de Montréal/De Broek Université.
- Vandenplas-Holper, C. 1995. *Éducation familiale, image de soi et compétences sociales*. De Broek Université, Bruxelles (Bel) : Yves Prêteur et Myriam de Léonardis Éditions.
- Vaughn, J.A. 2005. « The Difference Between Pity and Empathy: It's an Important Lesson for a Young Physician to Learn, Especially When the Teacher is Dying ». Special to the Times, Los Angeles Times (CA) (mars), En ligne. <<http://www.aegis.com/news/lt/2005/lt50310.html>> (Consulté le 28 août 2005).
- Verghese, A. 1985. *My Own Country: A Doctor's Story of a Town and its People in the Age of AIDS*. New-York (NY): Simon and Schuster.
- Viau, R. 1996. « La Motivation : Condition essentielle de réussite ». *Sciences humaines Hors-Série*, no 12, p. 1-4.
- Viau, R. 1997. *La motivation en contexte scolaire*. Bruxelles (Bel) : De Boeck et Larcier (2e éd.; 1e éd. 1994).
- Viau, R. 1994, 2007. *La motivation en contexte scolaire*. Québec (Qc) : Les Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

- Vygotski, L. 1997. *Pensée et langage*. (1933) (traduction de Françoise Sève, avant-propos de Lucien Sève), suivi de « Commentaires sur les remarques critiques de Vygotski » de Jean Piaget, (Collection « Terrains », Éditions Sociales, Paris, 1985); Rééditions 1997, Paris (Fr) : Éditions La Dispute.
- Watson, J.B. In R. Legendre. 2005. *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3^e éd., Coll. Le défi éducatif, p. 165. Montréal (Qc) : Guérin Éditeur.
- Weil, S.W. et I. McGill, (dir.) 1989. *Making Sense of Experiential Learning, Diversity in Theory and Practice*. Society for Research into Higher Education and Open University (UK): Milton Keynes.
- Zuger, A. 1995. *Strong Shadows: Scenes from an Inner City AIDS Clinic*. New York (NY): W.H. Freeman and Company.